**Bircham International University**

**Faculty of Psychology**

**Admission Granted to: MAX DINIZ CRUZEIRO**

**Degree Program: Doctor of Philosophy**

**Specialization: Cognitive Psychology**

**Document Language: Portuguese**

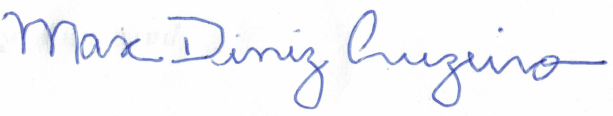
**TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL**

**BECK, JUDITH S.**

**ISBN – 978-85-8271-008-1**

**JURAMENTO**

**EU MAX DINIZ CRUZEIRO JURO QUE O MATERIAL PRODUZIDO ABAIXO É FRUTO MERAMENTE DE MEU ESFORÇO EM ESTUDAR E CATALOGAR O CONTÉUDO DO LIVRO TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DE JUDITH S. BECK.**

****

**ÍNDICE**

**I – Introdução à Terapia Cognitivo-comportamental ............................................................. 02**

**II – Visão Geral do Tratamento ............................................................................................. 04**

**III – Conceituação Cognitiva .................................................................................................. 05**

**IV – Sessão de Avaliação ....................................................................................................... 07**

**V – Estrutura da Primeira Sessão .......................................................................................... 08**

**VI – Ativação Comportamental ............................................................................................. 10**

**VII – Sessão 2 e Posteriores: Estrutura e Formato ................................................................. 12**

**VIII – Problemas na Estruturação da Sessão........................................................................... 14**

**IX – Identificando Pensamentos Automáticos ....................................................................... 16**

**X – Identificando Emoções .................................................................................................... 17**

**XI – Avaliando os Pensamentos Automáticos ....................................................................... 18**

**XII – Respondendo aos Pensamentos Automáticos ............................................................... 19**

**XIII – Identificando e Modificando Crenças Intermediárias .................................................... 20**

**XIV – Identificando e Modificando Crenças Nucleares ........................................................... 22**

**XV – Outras Técnicas Cognitivas e Comportamentais ............................................................ 23**

**XVI – Imaginário .................................................................................................................... 24**

**XVII – Exercícios de Casa ...................................................................................................... 26**

**XVIII – Término e Prevenção de Recaída ................................................................................ 26**

**XIX – Planejamento do Tratamento ....................................................................................... 27**

**XX – Problemas na Terapia ....................................................................................................28**

**XXI – Evoluindo como Terapia Cognitivo-comportamental ..................................................... 28**

**XXII – Conclusões ................................................................................................................... 29**

**I - Introdução à Terapia Cognitivo-Comportamental**

Desenvolvida em 1960 por Aaron Beck a terapia cognitiva é baseada numa formulação cognitiva, que leva em consideração a natureza específica como estratégia comportamental para tratar transtornos numa conceituação e compreensão de cada paciente, onde se pressupõe que uma modificação no sistema de crenças de um paciente produzirá uma mudança do comportamento e emocional duradora. Ela também é adaptável aos condicionantes sociais do paciente.

O pressuposto central é que o comportamento disfuncional está presente em todos os transtornos psicológicos. A tentativa desde modelo de tratamento é devolver o aspecto funcional do paciente, para uma melhora do humor e do comportamento do paciente.

Entre os principais problemas a teoria Cognitivo-Comportamental, conforme demonstram as pesquisas pode ser eficiente para o tratamento: de Transtorno depressivo maior, Depressão geriátrica, Transtorno de ansiedade generalizada, Ansiedade geriátrica, Transtorno do pânico, Agorafobia, Fobia social, Transtorno obsessivo-compulsivo, Transtorno de conduta, Abuso de substância, Transtorno de Déficit de atenção/hiperatividade, Ansiedade pela saúde, Transtorno dismórfico corporal, Transtornos da alimentação, Transtornos da personalidade, Agressores sexuais, Transtornos de hábitos e dos impulsos, Transtorno Bipolar (com medicação) e Esquizofrenia (com medicação).

Entre os problemas psicológicos pode ser útil para o tratamento de problemas conjugais, familiares, jogo patológico, luto complicado, angústia do cuidador, raiva e hostilidade.

Quanto aos problemas médicos em que esteja presente componentes psicológicos ser eficaz no tratamento da dor lombar crônica, crises de dor da anemia, enxaqueca, tinnitus (Zunido), dor do câncer, transtornos somatoformes, síndrome do intestino irritável, síndrome da fadiga crônica, dor de doença reumática, disfunção erétil, insônia, obesidade, vulvodínea, hipertensão e síndrome da Guerra do Golfo.

Através da análise dos sonhos de pacientes em depressão, Dr. Beck observou-se que os pacientes tinham “necessidades por sofrimento?” – hipótese – analisados no divã em livre associação e pensamentos rápidos de qualificações sobre si mesmos no qual estavam associados pensamentos automáticos negativos, no qual foi possível constatar a eficiência do tratamento terapêutico em face do uso de antidepressivos.

O tratamento consiste, no âmbito da depressão, no auxílio ao paciente para que ele encontre o foco de resolução de seu conflito, tendo por base as associações dos pensamentos negativos identificados no divã. De forma que a percepção torna o indivíduo-paciente ativo, observador de si mesmo, avaliador e a apresentar respostas alternativas para o seu padrão de consumo de pensamentos. De forma análoga se aplicou os avanços em pacientes com ansiedade.

Os princípios básicos da terapia cognitivo comportamental são:

I – Segue um desenvolvimento contínuo dos problemas do paciente de aspecto de conceituação individual na análise cognitiva;

II – Necessário ter uma aliança terapêutica sólida;

III – Necessário ter colaboração e participação ativa do paciente;

IV – Deve ser orientada para objetivos e com foco nos problemas;

V – Deve enfatizar inicialmente o presente;

VI – Tem caráter educacional, ensina e previne o paciente instigando ele próprio a ser seu terapeuta;

VII – A terapia cognitivo-comportamental visa ser limitada no tempo;

VIII – As sessões devem ser estruturadas;

IX – Deve ensinar os pacientes a identificar, avaliar e responder ao seus pensamentos e crenças disfuncionais;

X – Deve usar uma variedade de técnicas para controlar o pensamento, o humor e o comportamento.

Na sessão se estabelece inicialmente a aliança terapêutica, verificação do humor, sintomas e experiências do paciente, elaboração de esquemas de autoajuda (tarefas para o paciente), discursão do problema, coleta do padrão cognitivo do paciente, planejamento e elaboração da estratégia para solução do conflito do paciente.

Não é uma atividade simples vai desde a conceituação do caso, desenvolvimento do rapport, educação do paciente, identificação do paciente, identificação dos problemas, coleta de dados, teste de hipóteses, até resumos periódicos. Isto tudo a ser desenvolvido em 6 a 8 sessões de tratamento.

Na terapia cognitivo-comportamental é necessário ensinar a si mesmo a identificar os seus próprios pensamentos, ter habilidade para perceber atuando os pensamentos negativos automáticos, perceber como eles afetam o comportamento gerando disfuncionalidades, traçar objetivo para a correção de dos problemas identificados, e, influenciar positivamente o seu humor ao se tornar receptivo ao aprendizado.

**II - Visão Geral do Tratamento Cognitivo-Comportamental**

Para um tratamento bem-sucedido é necessário um rapport (“envolvimento emocional”) forte e operante a parte do primeiro contato com o paciente, demonstrando fluência, terapêutica e compreensão acurada, ser capaz de conceituar e mostrar o plano de tratamento, agir colaborativamente em tomadas de decisão, sempre que possível buscar feedback, variar o estilo conforme a necessidade e ajudar e aliviar a angústia do paciente com foco na resolução de problemas.

Na demonstração das habilidades terapêuticas o paciente deve ser compreendido, a entonação de voz do terapeuta deve soar agradável, as expressões faciais e corporais fáceis de ser interpretada e soar de forma positiva no tratamento, o terapeuta deve aprender a ouvir perguntas significativas, reflexões e afirmações do paciente, a fim deste se sentir valorizado e compreendido.

O objetivo desta técnica é fazer o paciente se sentir digno de estima, amparado, passar uma atmosfera de entusiasmo a fim de colaborar para a melhora do paciente e dotar o paciente de auto capacidade de resolução de seus conflitos (senso de autoeficiência).

No compartilhamento da conceituação e o plano de tratamento é um processo de racionalização dentro da teoria cognitiva do conflito em que vive o paciente, de forma a travar um diálogo que permita a coleta de feedback concordante ou discordante da racionalização do terapeuta em relação ao conflito do paciente a fim de ordenar o sentido que leve a um tratamento efetivo.

Ao tomar decisões colaborativamente é uma busca por participação por parte do paciente guiando o paciente para que se reestabeleça se livrando do conflito, oferecendo justificativas racionais buscando a anuência ou concordância do paciente a fim dele sair da zona de conflito.

Na busca de feedback o terapeuta deve aprender a compreender e a observar as reações emocionais do paciente durante a sessão, escolha de palavras, tom de voz e linguagem corporal. O instante em que o terapeuta percebe uma elevação da angústia deve contribuir colaborativamente para manifestar o instante em que este acontecimento é observado, a fim de despertar no paciente o seu senso crítico, para que o próprio paciente possa despertar de sua angústia e introduzir dentro de si a rotina espera que lhe tirará do conflito. Ao solicitar o feedback no final das sessões o paciente passa a se sentir valorizado.

Ao variar o estilo tenta-se o terapeuta sair da monotonia da sessão, de forma que o paciente sinta que os questionamentos são sinceros e dignos de confiança (aliança terapêutica) de forma que não force um desvio intencional do interesse e sensibilidade do terapeuta sobre a visão do paciente.

Ao ajudar o paciente a aliviar a angústia o terapeuta estará fortalecendo a relação terapêutica, contribuindo para diminuir a sintomatologia do paciente. A percepção é de melhora da aliança terapêutica neste estágio do tratamento.

A terapia tem que se tornar compreensível na aliança terapêutica, as ferramentas devem ser migradas para facilitar os objetivos do tratamento, evitando a forma de tratamento mecânica e impessoal, de forma que o terapeuta possa planejar o tratamento, fazer anotações terapêuticas, e exercícios de casa a fim de exercitar a cognição do paciente, espera-se como resultado a melhora do humor do paciente, e a observação de um estado mais funcional no decorrer da semana entre as sessões.

Na primeira metade da sessão o terapeuta deve-se se preocupar em estabelecer a aliança terapêutica e coletar dados. A segunda parte é a discursão dos problemas do paciente, sendo aqui a parte da sessão em que há a transferência das habilidades cognitivas que podem ser utilizadas como ferramentas para aliviar a angústia do paciente, a fim de se engajar em soluções ao longo da semana. Ao final o terapeuta deve buscar o feedback do paciente e anotar os pontos mais importantes a fim de melhor conduzir as sessões seguintes e complementar os objetos antes planejados.

As cognições disfuncionais são ideias inexatas ou inúteis geralmente automáticas que rompem o equilíbrio de uma pessoa, quando o terapeuta ajuda o paciente a observar a ação destes pensamentos, por meio de questionamento sobre o raciocínio que circula na mente, estará o indivíduo engajando-se em um processo de autodescoberta, e o orientado para experimentar comportamentos a fim de testar suas previsões sempre que modificar uma ação antes disfuncional.

A ideia é afastar projetivamente os entes disfuncionais da ideação do paciente, desconstruir aquilo que foi catequizado como “verdade” e orientar para o distanciamento daquilo que supostamente lhe faz mal. Isto por uma relação de perguntas que privilegia o bom senso e a construção de um diálogo positivo.

Os experimentos comportamentais são uma abordagem para algumas situações específicas em que o paciente esboça hipoteticamente uma reação diante de um cenário construído e identificado a partir das conclusões e pensamentos negativos automáticos do paciente. Deve o terapeuta construir um diálogo que vise fazer com que o seu paciente preste atenção aos aspectos positivos e deixar de lado o apego aos pensamentos automáticos negativos.

O exercício de casa é fundamental para que o paciente consiga ter uma semana entre sessões melhor. Para isto no decorrer da sessão o paciente deve compreender como avaliar e responder aos seus pensamentos automáticos, deve aprender a encontrar soluções que melhor se adaptem a sua realidade, e adquirir novas habilidades cognitivas a fim de praticar no decorrer da semana. Os exercícios diferem conforme a natureza da angústia do paciente, poderia ser o ato de ligar para amigos, racionar um desafeto com uma pessoa que esteja em atrito a fim de resolver a situação de conflito, identificar as crenças e pensamentos automáticos para fazer uma mudança disfuncional no afeto, ou efetuar uma leitura ou anotação que racionalize o conflito e demonstre uma relativização para que o paciente possa construir uma atividade limitando sua angústia.

**III - Conceituação Cognitiva**

Através da conceituação cognitiva o terapeuta irá construir uma racionalização do enquadramento para a compreensão do paciente, que compreende o diagnóstico, os problemas, pensamentos disfuncionais e crenças, e, reações emocionais, fisiológicas e comportamentais. Para formular hipóteses do desenvolvimento do transtorno psicológico do paciente para a compreensão de como ele mesmo se percebe, crenças subjacentes, como ele enfrenta suas cognições disfuncionais, quais estressores afetam o paciente, a compreensão das experiências anteriores e como o paciente consegue lidar com o problema.

No modelo cognitivo, as emoções, os comportamentos e a fisiologia permitem construir uma hipótese de que as percepções influenciam os eventos, numa relação encadeada onde a situação/evento influencia o surgimento de pensamentos automáticos ocasionando uma reação de ordem emocional, comportamental e/ou fisiológica.

Quando uma pessoa em hábito de leitura percebe que seu mecanismo reativo aparece no decorrer da construção subjetiva da narrativa dentro da mente do leitor, onde certos trechos de pensamentos automáticos assessórios a leitura que firmam, quase sempre como uma “verdade” o pensamento que se constrói a partir da captação do enredo. Esse processo de conceituação cognitiva busca construir uma lógica de identificação e desconstrução do pensamento automático disfuncional que eleva as chances do indivíduo se comportar de maneira não adaptativa.

As crenças são formulações construídas nas primeiras fases de vida de uma criança (crenças nucleares), e identifica-las contribuirá para a compreensão da construção da “verdade” que ancora os entes racionais que tem por base a pessoa em conflito, sua propensão em creditar veracidade e importância ou discordar de outras pessoas em virtude deste ancoramento que repousa suas opiniões.

Uma classe intermediária de crenças é formada pelo surgimento de atitudes, regras e pressupostos. De forma que as crenças nucleares ativam as crenças intermediárias por meio de regras, atitudes e pressupostos que induzem a produção de pensamentos automáticos. As crenças nucleares podem ser substituídas por outras crenças nucleares no decorrer do tratamento de forma que o paciente se reconstrua no que tange o surgimento de seus pensamentos automáticos, tudo arquitetado em um ensinamento de identificação das cognições mais próximas da consciência e seu efetivo distanciamento quando negativas e causadoras de disfuncionalidades, num processo de desconstrução de “verdades” e construção de uma nova realidade em que uma crença nuclear substituta faz papel funcional no paciente, como foco nas crenças subjacentes, que dão sustentação as crenças de nível intermediário e nucleares, a fim de diminuir a probabilidade de recaídas.

Então se constrói um esquema em que crenças nucleares realçam estruturas de pensamentos intermediários, sejam eles, regras, atitudes e pressupostos que são ativados diante de um situação-problema-conflito, no qual fazem surgir pensamentos automáticos que faz o indivíduo desencadear uma reação emocional, comportamental e/ou fisiológica.

A empatia é um processo fundamental que deve ser construído entre o terapeuta e o paciente, no qual se constrói uma coerência em torno de um saber calcada na aliança terapêutica. O terapeuta deve construir uma cadeia de hipóteses cognitivas acerca do paciente a fim de trabalhar um problema ou objetivo específico. A cadeia perceptiva dos pensamentos automáticos do paciente deve ser observada a fim de que o transtorno do paciente possa ser mapeado. Conforme Judith S. Beck a terapia deve ser enquadrada como uma viagem e a conceituação como um mapa da estrada.

A construção deste “mapa da estrada”, ou seja, a conceituação, permite que o paciente saia da sessão identificando, por meio de experiências, repetições em que as situações se repetem em eventos que ocorrem no decorrer do dia, de forma que sua cognição está preparada para sair do padrão reativo que lhe conduzia a sensação negativa (implícita ou explícita) motivo de seu transtorno e que levava o paciente para um tratamento.

Uma combinação de elementos estressores pode condicionar o tipo de pensamentos automáticos disfuncionais que uma pessoa ativa ao realizar uma atividade ou participar de um evento.

O curso de um tratamento somente é possível através de uma boa conceituação, para que o curso do tratamento seja eficiente e efetivo. A compreensão do paciente cada vez mais próxima de si, cria um clima de empatia pela percepção de proximidade entre terapeuta e paciente.

A conceituação é um processo contínuo e se inicia desde a primeira sessão (primeiro contato). A geração de hipóteses dentro deste processo de conceituação permite a elaboração de explicações, conforme Beck, mais cuidadosas e evita interpretações e inferências que não estejam baseadas claramente em dados reais.

A conferência das conceituações no momento estratégico permite que paciente e terapeuta construam os objetivos e formulações do tratamento, refinando e aprimorando a adequação do tratamento.

Ela não é algo estático e pode sofrer mutações no decorrer e aprofundamento das sessões. Algumas hipóteses podem ser abandonadas, refinadas, confirmadas, ou refutadas, e até mesmo descartadas no decorrer do tratamento.

**IV - Sessão de Avaliação**

O processo de avaliação de um paciente dentro da terapia cognitivo-comportamental não deve ser realizado apenas na primeira sessão, pois fatos não observados pelo terapeuta podem ficar mais evidente no decorrer de outras sessões, portanto a coleta deve ser contínua, pois os dados auferidos servirão para novas avaliações.

A avaliação serve para um diagnóstico correto do paciente e contribui, conforme Beck para formular o caso e criar uma conceituação cognitiva inicial do paciente, definir se o terapeuta é adequado para o tipo de paciente, definir se o terapeuta adere ao tipo de tratamento necessário relativo ao número de encontros, a rotina das sessões e as dosagens de terapia que devem ser aplicadas, definir a necessidade de tratamentos concorrentes, formatar a aliança terapêutica com o paciente e, quiçá com os familiares quando houver, neste último caso necessidade, ambientalizar o paciente quanto a estrutura de clínica e, identificar os problemas importantes e definir objetivos amplos.

Informações devem ser colhidas sobre o paciente antes do início da primeira sessão. Relatórios de médicos que acompanham o tratamento do paciente devem ser providenciados a fim de que o processo de avaliação seja livre de ruídos. Se o questionário e formulários de autorretrato forem preenchidos previamente a sessão de avaliação será menos demorada e mais precisa, e terá o terapeuta informações relevantes de como traçar os objetivos do tratamento e a linha em que deve o terapeuta seguir para a administração e planejamento da clínica. No primeiro contato telefônico em que for agendada a primeira sessão deverá o paciente ser informado de que deverá trazer um familiar para a checagem de informações adicionais.

A estrutura social da sessão de avaliação deve pautar pela cordialidade do terapeuta para com o paciente, por meio de uma saudação, em que se objetiva cumprimentar o paciente. Nesta etapa de pré-contato deve o terapeuta decidir se o familiar deverá acompanhar durante toda a sessão ou parte dela a primeira sessão com o paciente. Uma pauta para o tratamento deve ser seguida e ser transmitido uma expectativa de resolução do conflito, para em seguida o terapeuta conduzir a avaliação, onde os objetivos iniciais mais amplos devem ser abordados, e, ao final deve solicitar o feedback ao paciente.

O procedimento inicial é uma revisão dos formulários e questionamentos que o paciente preencheu previamente a consulta, é aconselhável que antes da primeira sessão haja um encontro do paciente com o terapeuta a fim de avaliar a participação do familiar que o acompanhará na primeira sessão, mais perto do fim da sessão. Isto ocorrerá depois que o terapeuta lança as impressões iniciais e um pré-diagnóstico a fim de conceituar o paciente. O familiar poderá ou não voltar em outras sessões se o terapeuta julgar necessário. O paciente deve estar ciente do que é possível esperar sobre a consulta inicial.

No decorrer desta sessão o terapeuta deverá procurar saber, conforme Beck, dados pessoais do paciente, queixas principais e problemas atuais, história da doença atual e eventos desencadeantes, estratégias de enfrentamento da doença atuais e passadas, história psiquiátrica, história de abuso de substância e situação atual, história médica e situação atual, história psiquiátrica familiar e situação atual, história do desenvolvimento da doença, história geral familiar e situação atual, história social e situação atual, história educacional e situação atual, história vocacional e situação atual, história religiosa/espiritual e situação atual, e, pontos fortes, valores e estratégias de enfrentamento adaptativas. O paciente deverá ser avaliado quanto a sua propensão ao suicídio, o seu tempo ocupacional e a descrição do seu dia típico onde durante a transcrição do relato do paciente, o terapeuta como observador deverá avaliar as variações no humor do paciente, suas interações com a família, amigos e pessoas do trabalho, como é seu funcionamento em casa, no trabalho e em outros locais, e, como ele usufrui o seu tempo livre, bem como observar dentro do seu dia típico o que o paciente está fazendo e o que está deixando de fazer.

A coleta de dados é suficiente para guiar um plano inicial de tratamento, e durante a fase de avaliação, o terapeuta deve estar atento aos indicadores de comprometimento deste paciente em relação ao tratamento proposto. Em caso de desvio do paciente do foco principal em que se objetiva a consulta ele deve ser gentilmente interrompido para que o foco principal seja retomado. Ao final da sessão o terapeuta deve questionar ao paciente se existe algum outro fator relevante que fora omitido e que o paciente houvera esquecido ou relutado em esclarecer.

O envolvimento do familiar na sessão de avaliação requer que determinados detalhes do relato do paciente tenha a anuência por parte do paciente, além de perguntar ao familiar, coisas relevantes do paciente, a situação-conflito como é percebida a partir do familiar, o relato de suas impressões iniciais, e, o terapeuta se pode apresentar para o familiar o plano provisório de tratamento.

O teraupeuta deve deixar claro na primeira sessão de avaliação que precisará de um tempo para estudar e avaliar todos os dados fornecidos a fim de lançar um diagnóstico definitivo, no mais poderá fazer um relato provisório conforme for sua impressão sobre o paciente, mas nada que conduza a uma evidência taxativa. Quando os objetivos são traçados e o plano de tratamento é exposto ao paciente, gera um efeito tranquilizador e positivo no rol das expectativas de melhora do quadro do paciente.

Geralmente a expectativa do tratamento deve ser definida no início do tratamento, o que vai depender a extensão das sessões em um tempo mais curto de 2 a 4 meses, 6 meses ou superior a um ano será a gravidade e a complexidade dos questionamentos do paciente a fim de resolução de seu conflito. Na fase terminal do tratamento deve o terapeuta espaçar as últimas sessões a fim de que o paciente tenha um tempo maior de resolução de conflitos.

Antes da avaliação e a primeira sessão o terapeuta caso tenha conseguido consentimento deverá fazer a checagem das informações com os profissionais que o paciente tenha tido contato anterior para a coleta de informações adicionais a fim de delinear uma síntese de conceituação cognitiva provisória para fazer um amplo plano de tratamento.

**V - Estrutura da Primeira Sessão**

Os elementos essenciais que devem ser abordados na primeira sessão de uma terapia cognitivo-comportamental é a discursão do diagnóstico do paciente, a verificação do seu humor, a definição dos objetivos, o trabalho com foco em um problema específico, a definição dos exercícios para casa e a solicitação de feedback.

Dialogar as etapas e processos que serão desencadeados no decorrer de uma ação é um ponto positivo porque o paciente passa a se sentir seguro quanto aos procedimentos que serão adotados em diante, fortalecendo a aliança terapêutica.

De posse da avaliação do paciente, a primeira sessão se destina colocar em prática a conceituação inicial e o plano de tratamento, elaborando correções, se necessárias no decorrer do processo. Cada sessão estima-se um decurso de 45 a 50 minutos, mas a primeira sessão geralmente transcorrerá em torno de uma hora de duração.

Dentro deste período o terapeuta deve estabelecer o rapport e confiança no paciente, normatizar suas dificuldades e sinalizar esperança. Beck, também frisa a necessidade de familiarizar o paciente com o tratamento, num processo de educação traduzido no respeito ao transtorno, apresentação de um modelo cognitivo e de um processo de terapia. Os dados adicionais devem ser auxiliares ao processo psicoterápico. Os objetivos devem ser listados, e, o problema que aflige o paciente deve ser objeto de tentativa de resolução no decorrer da sessão.

Na parte inicial da primeira sessão, conforme Beck, o paciente deve ser saudado, em seguida deve estar voltada para a definição de uma pauta, a verificação do humor, para a atualização dos pressupostos que foram obtidos por meio da avaliação e discursão do diagnóstico do paciente seguido de psicoeducação. E sobretudo em cada processo o aceite do paciente, por meio de consulta a sua pessoa deve ser conquistado.

Na parte intermediária da primeira sessão deve ser identificado os problemas e os objetos devem ser definidos, os princípios iniciais de educação terapêutica devem ser repassados ao paciente a fim de que ele entre em trabalho no tratamento, e os problemas levantados devem ser discutidos.

A parte final da primeira sessão, deve ser apresentado ao paciente um resumo do quadro percebido ou indicar o paciente que ele próprio forneça uma pontuação se for mais aconselhável, um exame formal deve ser realizado sobre o exercício de casa para verificar se os efeitos projetados poderão converter no sucesso do tratamento, e após tudo concluído um feedback deve ser solicitado ao paciente para nivelar a aliança terapêutica a fim de que o engajamento esteja presente na dinâmica do tratamento.

Neste processo a participação colaborativa durante a sessão deve ser administrada de modo estruturado e produtivo. Pode ocorrer que o paciente recuse a pauta quando expressa pelo terapeuta, o que pode ser um indício que a participação colaborativa possa ter tido falhas no decorrer do processo de conhecimento do paciente. É possível ao terapeuta encontrar duas alternativas, dividir o tempo da sessão seguinte uma expositiva no modelo do paciente e outra no modelo proposto pelo terapeuta, ou em caso de persistência da recusa da pauta deixar o paciente livre para trabalhar conforme seus conceitos preexistentes e avaliar o resultado se apresenta conformidade conforme a necessidade de tratamento do paciente.

Quando a pauta finalmente é definida o terapeuta passa a colher o estado de humor do paciente, onde testes objetivos podem ser aplicados e antes de cada próxima sessão para que se pode ter uma ideia de avaliação de risco. Conforme for o nível de instrução educacional do paciente o teste deve ser adaptado a fim de que a informação possa ser levantada.

Seguindo a sessão o paciente deve ser questionado se existem pontuações relevantes ainda não mencionadas que podem ser discutidas, para em seguida sondar a respeito das experiências positivas que o paciente teve durante a semana. Descobrindo-se, pela relevância, que outros problemas mais importantes na semana, necessitam ser tratados em detrimento dos assuntos que estejam em pauta, o terapeuta deve providenciar a inclusão dos tópicos na sessão, sendo um forte indicador de problema a angústia do paciente.

Continuando a sessão, os problemas atuais do paciente devem ser levantados e através da participação colaborativa o paciente deverá pontuar as atualizações referentes ao seu quadro, decorrentes da percepção do relato do terapeuta sobre o paciente com foco na avaliação realizada no início da sessão. Um diagnóstico deve ser providenciado evitando-se o rótulo do tratamento quando conveniente para a não ampliação da angústia do paciente.

Exercícios devem ser desenvolvidos para que o paciente realize atividades cognitivas para a recuperação de sua autoestima e conhecimento sobre o problema a fim de identificar seus comportamentos disfuncionais para o progresso do tratamento.

E uma vez identificados os problemas os objetivos deverão ser definidos para que possam ser trabalhados no decorrer da semana e durante as próximas sessões.

As reações emocionais, comportamentais e fisiológicas para que um tratamento surta efeito, devem passar por um processo de psicoeducação, portanto a primeira sessão deve o terapeuta ajudar o paciente a compreender como o seu pensamento está afetando suas reações. E a partir deste despertar fazer com que o paciente comece a se observar e a se gerenciar para que os pensamentos automáticos negativos não passem a comandar e a guiar o seu cérebro.

Se o paciente tiver dificuldade de entender o modelo cognitivo construído de forma conjunta, deve-se buscar o auxílio através de elaboração de outras técnicas que possam soar maior simplicidade para o paciente.

Se na primeira sessão ainda sobrar tempo, um dos problemas levantados pelo paciente pode ser objeto de psicoestudo, no qual, conforme afirma Beck, pode se tentar as primeiras elaborações para o desenvolvimento de formas alternativas para encarar o problema, bem como diretivas que auxiliam o paciente a ele mesmo solucionar o problema cognitivamente, para voltar ao seu nível padrão de atividade cotidiana existido socialmente.

Ao final a equipe (terapeuta e paciente) deve fazer um resumo do que fora explanado e discutido, como também a validação da concordância do paciente em fazer o seu exercício de casa.

Em seguida o paciente deve ser motivado a fazer o feedback sobre o tratamento, para conhecer suas impressões, expressar como interpretou as informações repassadas, sinalizar aspectos que observou no terapeuta no decorrer da sessão, fortalecer ainda mais o rapport e retirar dúvidas do paciente. Além do seu aspecto verbal poderá o terapeuta optar pelo preenchimento do Relatório da Terapia pelo paciente, geralmente na sala de espera, este último, após a sessão.

Conforme frisa Beck em seu livro Terapia Cognitivo-Comportamental – Teoria e Prática:

A sessão inicial tem vários objetos importantes: estabelecer o rapport, refinar a conceituação familiarizar o paciente no processo e estrutura da terapia cognitivo-comportamental, educar o paciente sobre o modelo cognitivo e o(s) seu(s) transtorno(s) e instilar esperança e algum alívio do sintoma. Desenvolver uma aliança terapêutica sólida e estimular o paciente a liar-se a você para atingir os objetos terapêuticos é de importância fundamental nessa sessão.

**VI - Ativação Comportamental**

Quando um paciente deseja fazer uma atividade geralmente seus pensamentos automáticos depressivos causam prejuízos para a realização da ação. Quando um indivíduo se fixa num ciclo vicioso em torno de fatores de inatividade (não ação) é comum a afetação do humor de forma depressiva, porque a ausência de atividade não deixa o indivíduo se interligar a uma estrutura de prazer.

Os pensamentos automáticos autocríticos adquiridos com uma atividade permitem que um indivíduo tenha um contato com níveis, mesmo que baixos, de satisfação e prazer.

Em caso de pacientes depressivos deve ser criada uma programação de atividades para contrapor à grande passividade e inatividade que o pensamento automático disfuncional condiciona o agir do paciente, a fim de que ele comece a se encontrar com estruturas de satisfação, realização e prazer no desenvolvimento de atividades. Desta forma é possível corrigir o humor do paciente.

O terapeuta deve fazer um mapeamento das atividades que o paciente considera prazerosas e que podem ser executadas em uma programação diária típica. Devem ser observados os históricos de experiências deste indivíduo com as atividades levantadas, e diante deste dado observar a relação de equilíbrio do paciente com a situação e sentimento de domínio ao se integrar à atividade. As dificuldades em se praticar as elaborações quanto ao domínio e/ou prazer também devem ser objeto de avaliação.

Portanto a programação diária do paciente deve ser examinada, e as conclusões coletas a fim de evidenciar melhoras, os pensamentos positivos devem ser explorados para que o indivíduo adquira a constância do procedimento de tratamento, é importante deixar o paciente ciente que os pensamentos configuram o seu plano hipotético e oferecer um exercício de casa que permita ao paciente evoluir por si próprio reconhecendo os seus próprios méritos.

Uma tabela de atividades de inclusão social deve ser colocada como um cronograma a ser seguido que ajudará melhor o paciente a se programar melhor para o desenvolvimento de atividades que o tire dos pensamentos automáticos disfuncionais, ocupando o seu tempo com coisas e elaborações que tragam aspectos positivos e elevação de sua autoestima. A tabela-cronograma pode ser colocada como um compromisso que o paciente firma consigo mesmo para sair da situação de conformidade com o adoecimento, retirando sua psique da total integração com a patologia.

Quando o indivíduo volta na sessão seguinte terá um histórico de experiências e experimentações no qual o terapeuta pode auxiliar o paciente no resgate de conclusões de suas atividades que foram desenvolvidas no decorrer do dia. O quanto de satisfação, prazer e realização fora possível extrair de seu experimento emocional? O quanto seu humor fora moldado e aspectos positivos foram capazes de melhorar seu aspecto cognitivo?

Então a psicoeducação surge como a ferramenta essencial para a gestão do autoconhecimento do paciente em relação a sua experimentação, no qual seja possível servir como peça auxiliar que contribui para que o paciente possa testar seus pensamentos.

Na busca pelas tarefas que podem resultar em comportamentos positivos, o terapeuta trabalha com a mente do paciente de forma que seja possível construir uma retórica que formule hipóteses que podem ser testadas no decorrer da semana para serem colocadas na planilha (tabela) de atividades.

Quando a primeira escala de atividades é montada pelo paciente com o auxílio do terapeuta, o cronograma do dia seguinte deve ser construído, e assim por diante até que o quadro da semana esteja completo. Beck sinaliza que na semana seguinte o terapeuta deve analisar a prescrição de exercícios de casa para saber o cumprimento da planilha.

Nesta fase deve ser coletada a informação da estrutura de prazer em realizar as atividades, uma hierarquia de valoração de atividades deve ser criada a fim de descobrir sua relação de prazer que é mais geradora de contentamento. O terapeuta deve ajudar a identificar também o que causou disforia, também, deve-se buscar não sobrecarregar o paciente com atividades, e isto deve ser verificado para saber se a carga de atividades está muito excessiva. Conforme a avaliação as tarefas poderão ser remodeladas, os itens de sobrecargas compensados, o ritmo e nível de atividade reduzido ou ampliado, e o nível de equilíbrio quanto aos pensamentos disfuncionais servir de parâmetro para a retomada do prazer ou realização.

O paciente deve ser orientado através da psicoeducação a pontuar seu humor em decorrência do exercício das atividades, a fim da melhor compreensão durante a sessão do que está causando reflexos positivos e que possa ser construído um tratamento mais eficaz e eficiente.

Durante a sessão o terapeuta ajuda o paciente a reconhecer e classificar o domínio e o prazer das atividades, através de uma investigação, a fim de provocar um amadurecimento e antecipação da recorrência da percepção na semana seguinte. O terapeuta deve investigar se o paciente fora capaz de reconhecer seus próprios méritos de realização das atividades.

Para avaliar a acurácia das previsões da planilha de atividades, o paciente deve ser levado a uma pontuação subjetiva antes de realizar as tarefas, na fase posterior ao planejamento da tabela. E quando voltar na sessão seguinte, com a administração dos resultados ser inquerido pelo terapeuta a fim de avaliar, por comparação, o grau de concordância e discordância entre o previsto e o percebido.

Através da construção subjetiva do diálogo entre paciente e terapeuta é feito um levantamento dos pensamentos automáticos que contribuíram para minar algumas atividades, diminuindo o prazer em sua realização. Então o terapeuta deve ajudar o paciente da identificação e no que se baseia a construção da cognição-chave, que retira o prazer do paciente, e ensiná-lo a comparar com a situação que desencadeia conflito, que a prática ou atividade realizada é capaz de suprir beneficamente o comportamento de autocrítica que o conectava aos pensamentos automáticos disfuncionais.

**VII - Sessão 2 e Posteriores: Estrutura e Formato**

A partir da segunda sessão o formato de uma consulta em uma terapia cognitivo-comportamental não será alterado. Na parte inicial da sessão o terapeuta deve verificar o humor do paciente, definir a pauta, obter uma atualização sobre o quadro do paciente, revisar o exercício de casa e priorizar a pauta. Na parte intermediária da sessão, o terapeuta deve trabalhar em um problema específico, segundo Beck, e, ensinar habilidades da terapia cognitivo-comportamental dentro do contexto abordado, onde deve ser discutido o seguimento com a prescrição de exercícios de casa relevantes. E começar a trabalhar em um segundo problema. Na parte final da sessão deve ser apresentado e solicitado um resumo ao paciente, revisar as novas prescrições de exercícios de casa e solicitar um feedback.

Um quadro pode ser fixado no consultório com toda a rotina do tratamento, a fim de que em participação colaborativa possa fazer com que o pacto terapêutico possa fluir em termos de estrutura de funcionamento de forma correta.

O terapeuta deve ajudar nesta segunda sessão o paciente a identificar os problemas mais relevantes e apresentar solução para que o paciente volte ao nível funcional. Através de psicoeducação habilidades relevantes devem ser ensinadas, onde os pensamentos automáticos devem ser observados e respostas devem ser criados para conter seu aspecto valorativo negativo.

Durante o processo o paciente deve passar por uma familiarização do tratamento a fim de facilitar a aliança terapêutica, ao seguir com a programação da sessão, trabalhar colaborativamente, dar feedback e a coleta das lembranças do passado e experiências atuais do paciente e alívio dos sintomas. Caso seja percebida uma melhora, seu aspecto emocional deve ser trabalho a fim de se evitar recaídas.

Na parte introdutória da sessão, segundo Beck, o terapeuta deve restabelecer o Rapport, nomear os problemas em que o paciente deseja ajuda na solução, coletar dados que tragam estrutura de problemas importantes, revisar o exercício de casa e priorizar os problemas na pauta.

Antes de começada a sessão a ficha de preparação da sessão deve ser consultada, nela terá informações importantes sobre a sessão passada, os temas discutidos, os problemas previamente levantados, o histórico de humor da sessão passada, aspectos positivos e negativos que o paciente trouxe de sua atividade diária, o levantamento dos problemas que o paciente tem necessidade de ajuda e explorar os resultados do exercício de casa.

A verificação do humor pode ser obtida através do relato verbal ou escrito do paciente (lista de verificação de sintomas), o que possibilita este último um auxílio no sentido de se colocar em evidência informações antes omitidas verbalmente pelo paciente. Uma descrição subjetiva do paciente pode ser comparada com os escores do teste objetivo. Em caso de inconsistências o paciente deve ser questionado, os escores podem ser utilizados também para comparar o humor da semana passada em relação ao humor atual. O terapeuta deve tomar cuidado ao pontuar o humor do paciente para se ter a exata noção de que o relato está ancorado na visão integral da semana ou na visão do dia e momento do paciente.

É importante nesta fase fazer com que o paciente reconheça as ações positivas e mudanças adaptativas que tomou em relação ao seu pensamento. E sentir controle sobre suas próprias ações sobre o seu modo de pensamento. É importante o paciente evidenciar descritivamente elementos que o fazem sentir melhor e pior, isto contribuirá para a construção do diálogo que permitirá a transferência de instruções cognitivas necessárias para fazer com que o paciente se desenvolva por si próprio. Neste procedimento, fatores como evitação, isolamento e inatividade podem ser evidenciados e um engajamento com elementos que trazem domínio e prazer fortalecidos.

As consequências esperadas de uma verificação rápida de humor é a demonstração de interesse pelo paciente, o monitoramento dos sentimentos, a racionalização da estrutura cognitiva do paciente e reforço do modelo cognitivo.

Itens individuais podem ser utilizados para melhorar o diagnóstico e sintomatologia do paciente, bem como levantamentos de informações adicionais e informações sobre a interação com medicações e se necessário o terapeuta deve procurar se integrar ao médico que receita os medicamentos a fim de trocar experiências com a anuência prévia do paciente. Essa consulta ao médico irá contribuir para sanar dúvidas sobre a administração de medicamentos a fim de tranquilizar o paciente e evitar superdosagens.

Chegada a hora de formular a pauta, sua construção colaborativa deve ser pautada com uma pergunta centrada em argumentos que constroem uma solução para o problema. Quando o paciente nomeia um problema, o nível da nomeação do conflito deve ser superficial ou raso a fim de que o paciente não se identifique profundamente com o item o que poderá comprometer a sua lembrança com outros problemas também relevantes.

Ao procurar saber como foi a semana do paciente o terapeuta deve procurar abastecer de informações que permitam fazer atualizações da semana, sempre atento à percepção da construção subjetiva do paciente. De preferência o relato das situações negativas deve preceder ao relato das situações positivas.

Então é chegado o instante em que o terapeuta passa a chegar o exercício de casa. O tempo dispendido com o dever de casa dependerá do grau de correspondência e assuntos correlatos ao problema escolhido para ser discutido durante a sessão; se este fizer parte do rol de problemas discutidos na sessão específica uma dilatação de trabalho sobre o exercício pode ser uma evidência de necessidade de trabalho terapêutico.

De preferência o paciente deve ser ativo no processo de racionalização do exercício, fazendo a leitura e gerenciando o seu comportamento em relação ao relato das atividades frente as afirmações adaptativas que devem ser avaliadas pelo terapeuta. Sobretudo é importante o relato dos pensamentos que eclodiram situações conflituosas em relação a planilha de atividades.

Quando muitos problemas colaborativamente são levantados para serem trabalhados o terapeuta em aliança terapeuta com seu paciente devem definir prioridades para serem trabalhadas cognitivamente. Durante a discussão do problema contido na pauta pode o terapeuta perceber que uma situação-problema é geradora de um conflito em que permita seguir um padrão de consulta em que a sequência da pauta seja interrompida a fim de melhor trabalhar o aspecto observado.

Se durante a sessão no decorrer da pauta um assunto está sendo tratado, e, o paciente pular inconscientemente a sequência, o terapeuta deve providenciar que o paciente esteja consciente da alteração do elemento de trabalho a fim de perceber o conflito de prioridades (desvio do paciente das questões periféricas).

Na parte intermediária da sessão o terapeuta deve listar os problemas e deixar que o paciente seja ativo indicando qual o tema que deseja trabalhar inicialmente, pois este deve estar ciente que a responsabilização sobre seu estado se deve exclusivamente a sua pessoa.

Segundo Beck, os dados devem ser coletados sobre o problema, os problemas devem ser conceituados cognitivamente e colaborativamente deve o paciente decidir por onde começar seu trabalho terapêutico.

Na abertura do primeiro problema o modelo cognitivo deve ser reforçado, a psicoeducação deve contribuir para o reconhecimento dos pensamentos automáticos, avaliar e responder a um pensamento angustiante específico, os sintomas devem ser aliviados (ansiedade) com a transferência de conhecimento e manter e desenvolver o rapport por meio da compreensão adequada. Após essa fase não havendo mais tempos para outros problemas o exercício de casa deve ser prescrito.

O paciente deve aprender a identificar falhas na resolução de problemas, usar a si mesmo como exemplo, pedir o paciente para nomear outras pessoas com problemas similares, discutir apenas quando o paciente estiver propenso ao diálogo sobre o problema.

Quando o item 1 da pauta estiver fechado e racionado o segundo item deve começar a ser discutido.

Os resumos periódicos devem ser aplicados para a elaboração de uma síntese do aprendizado da sessão com o paciente. Esse resumo deve conter a palavra, pelo processo de fala, do próprio paciente, em que há um enquadramento do quadro do paciente em relação ao contexto relatado com foco na visão do paciente e não na interpretação no lugar de ouvinte ou expectante do terapeuta. Se o resumo verbal do paciente for conciso deve ser anotado ou pelo terapeuta ou pelo paciente conforme a construção colaborativa, para que possa ser lido como dever de casa.

Já o resumo final, segundo Beck, é descrito a visão positiva dos pontos mais importantes da sessão, esse material geralmente é descrito pelo terapeuta, podendo ao longo do aprendizado do paciente ser realizado por ele mesmo. Depois do resumo final o paciente deve fornecer o feedback da sessão para o terapeuta a fim de ser renovada a aliança terapêutica. Caso a compreensão seja plena por parte do paciente ele pode ser convidado para o preenchimento do relatório da terapia, caso expresse um feedback negativo, este deve ser estruturalmente avaliado em termos positivos, se não há mais tempo, deve ser solicitado que a discussão seja discutida no início da próxima sessão. Tudo isto para reforçar ainda mais a aliança terapêutica.

O formato da terceira sessão em diante deve seguir o modelo da segunda sessão. O levantado dos problemas a serem trabalhados e colocados em pauta devem seguir o rito de construção evidenciado neste capítulo.

Para frisar, inicialmente o terapeuta deve assumir a liderança da construção da subjetividade do modelo cognitivo e aos poucos ir transferindo a responsabilização para o paciente a fim de que ele perceba a capacidade de resolução de seus próprios conflitos e problemas. Conforme Beck: “Mais perto do fim da terapia, o próprio paciente tende a identificar seu pensamento distorcidos, planeja os seus exercícios de casa e resume a sessão.”.

Os pensamentos automáticos devem ser esquematizados e enfraquecidos quando negativos e o paciente preparado para o término e prevenção de recaídas. É conveniente anotar, no decorrer das sessões, os pensamentos e crenças do paciente a fim de verificar a evolução do tratamento, bem como os elementos que afetam e ativam as disfuncionalidades.

**VIII - Problemas na Estruturação da Sessão**

Beck afirma que quando um problema for encontrado, ele deve ser especificado, conceituado e uma solução deve ser planejada. O terapeuta deve verificar se durante o processamento da sessão a estrutura corre dentro do idealizado e planejado, para isto é necessário perceber se os cortes na fala do paciente são realizados de forma gentil e agradável que não faça ele se ressentir ou mudar de foco referente ao problema avaliado em dado momento. Deve-se observar se o paciente foi devidamente familiarizado com o tratamento, e, o paciente foi capaz de corresponder (engajamento) com a dinâmica do tratamento dentro dos moldes da aliança terapêutica.

O terapeuta deve ser dotado de uma maturidade em termos de habilidades, para saber manejar processos como a interrupção do paciente em dado instante e diretivas de perseguição da implementação da estrutura padrão. De forma que o terapeuta deve se preocupar com a influência que seus pensamentos automáticos desencadeiam a interferência sobre a estrutura da sessão.

A interrupção da fala ou descrição do paciente quanto ao seu modelo funcional deve ser praticada todas as vezes que o conteúdo resultar uma distração em relação a estruturação da sessão. Mas quando interromper? Quando o componente emocional desencadeado pelas transcrições do comportamento do paciente indicar que o conteúdo relatado é suficiente para que uma solução possa ser encontrada pela aliança terapêutica, e, perseguir sua cognição além deste ponto iria apenas situar o paciente em uma representação de seu sofrimento que não é capaz de contribuir para a correção da do comportamento disfuncional do paciente.

Outro problema muito comum nas primeiras sessões de terapia cognitivo-comportamental é o fato do paciente não estar familiarizado com as demandas decorrentes de uma sessão estruturada, isto pode repercutir em termos de uma dificuldade da exigência de funcionamento da sessão, requerendo cada vez mais a habilidade do terapeuta em termos de gerenciamento da psicoeducação que torne claro os aspectos cognitivos exigidos do paciente para que ele desperte para o seu tratamento.

Durante da fase de engajamento do paciente é importante que brote a consciência da necessidade de trabalho terapêutico por parte do paciente, por isto o tratamento deve ser o mais lúdico e transparente possível a fim de que o paciente tome as rédeas de sua própria atividade de recuperação.

Outra dificuldade relevante é a própria resistência que o paciente possa desencadear sobre o tratamento quando a sua capacidade de resolver os problemas.

O fortalecimento da aliança terapêutica exige flexibilidade por parte do terapeuta, no sentido dele deixar que o paciente gerencie o seu conflito através da influência no próprio tratamento, isto faz necessário que o terapeuta construa uma habilidade negocial em que perceba qual o ponto de trabalho (fase de funcionamento cerebral) no tratamento é mais adequado para o paciente entrar em sintonia com o tratamento, na gestão do tempo de sessão. O terapeuta deve compreender a diferenciar o que é falta de familiarização do tratamento e resistência do paciente em entrar em trabalho no tratamento.

É importante notar que o terapeuta ao ser influenciador não deve adotar uma postura controladora na sessão, sob perda de agredir a fluidez do raciocínio do paciente, o que poderá reverter em prejuízos para o tratamento, em caso de cometimento de tais excessos um procedimento de elaboração de desculpas deve ser providenciado a fim de que o paciente sinta cada vez mais confortável na sessão.

O paciente pode ter dificuldades em construir o relato sobre o seu humor, principalmente no preenchimento dos formulários, onde pode até adquirir resistência em corresponder a esta etapa do tratamento. Deverá ser identificado se é um problema de familiarização com os questionários ou incômodo da solicitação de ter que preenche-los, nesta fase as crenças e os pensamentos automáticos devem ser avaliados.

Na percepção de pensamentos automáticos negativos o reforço do terapeuta é em anular a sua intensidade adicionando o comportamento funcional que irá reverter o quadro disfuncional do paciente realçando aspectos, valores e construções lógicas positivas que sugerem soluções para o problema.

Durante a etapa em que o terapeuta se atualiza rapidamente da semana do paciente de promover uma interação com o paciente suficientemente forte para a acurácia e foco das informações percebidas de forma a não contribuir para o prolongamento desnecessário da sessão.

Durante a sessão, o paciente pode contribuir com minúcias de detalhes em seu relato sobre a semana passada ou ter dificuldades de se lembrar dos pontos importantes da sessão anterior ou da semana anterior, em qualquer caso deve o terapeuta se preocupar no gerenciamento destes elementos, sem parecer controlador de forma a conduzir de forma satisfatória a sessão no controle do tempo. Problemas semelhantes podem ser percebidos na divagação da construção da pauta ou desmotivado para a abordagem dos problemas. Sendo este último parágrafo podendo ser contornado através de dever de casa em que o paciente deve raciocinar durante a semana problemas que gostaria de abordar na sessão seguinte.

O terapeuta não deve esquecer de examinar os exercícios de casa da semana anterior, uma vez que promoveu o comprometimento do paciente para que ele exercesse as atividades propostas.

No processo de discussão dos itens da pauta devem ser observadas as estruturas de desânimo, irritação, foco, falha na intervenção terapêutica, pensamentos automáticos, emoções, crenças e comportamentos principais; é fundamental após o processo avaliativo fazer o fechamento com um resumo para captar os pensamentos disfuncionais. Neste caso a aliança terapêutica deve fazer o controle do ritmo expositivo da sessão.

O exercício de casa deve ser de fácil absorção, assimilação e obtenção de resultados e estar inserido dentro da necessidade do paciente, deve estar embasado com boas justificativas para sua realização, deve ser revisto sempre na sessão seguinte, a psicoeducação deve contribuir para que o paciente compreenda como fazer o exercício, deve-se dar início ao exercício na sessão, a fim de realizar um ensaio, o paciente deve anotar a prescrição das atividades e as tarefas devem ser produzidas colaborativamente.

Ao final da sessão o terapeuta deverá fazer um resumo final da compreensão de tudo que foi assimilado durante a sessão, em seguida solicitar o feedback, que deve ser orientado de forma que não conflite com o humor do paciente a fim de não ampliar sua angústia, e sim resolver com soluções o seu conflito.

**IX - Identificando Pensamentos Automáticos**

O pensamento automático, visto pelo campo da terapia cognitivo-comportamental influencia num modelo reativo a emoção, o comportamento e a fisiologia que aflora a partir do desencadeamento deste tipo de influência. Tais pensamentos podem aflorar componentes aflitivos ou de rejeição. Coexiste uma tendência de uma pessoa disfuncional interpretar erroneamente atos de comunicação através da percepção falha de forma tendenciosa. Geralmente a correção da percepção falha induz ao pensamento que corrige a observação equivocada.

Neste processo os pensamentos automáticos devem ser explicados para o paciente, onde detalhes devem ser avaliados e analisados e uma psicoeducação deve conduzir o aprendizado do paciente para que ele perceba o tipo de afetação ou influência que o pensamento automático é capaz de exercer sobre a pessoa.

Beck em 1964, apresentou os pensamentos automáticos como um fluxo de pensamentos que coexistem com um fluxo de pensamento mais manifesto. Não é somente condicionado sua manifestação em pessoas com problemas psicológicos, mas está presente em várias composições e transformações psíquicas. Beck ainda enfatiza que com o treino uma pessoa comum pode passar a perceber a influência destes pensamentos automáticos negativos em sua psique de forma consciente.

O comportamento dos pensamentos automáticos (vistos como verbais e/ou visual) torna-se bem previsível quando as crenças passam a ser previamente identificadas. Os pensamentos automáticos são essencialmente breves. O despertar do paciente para a escuta dos seus pensamentos automáticos parte do processo de intervenção do terapeuta quando fornece a informação através de questionamento ao paciente, onde a percepção passa a aflorar como um componente audível e percebível. Um questionamento socrático pode ser utilizado para que o paciente corresponda a sua própria resposta adaptativa.

O aprendizado para tornar consciente um pensamento automático é semelhante a qualquer outra habilidade. Pode ser que o paciente encontre dificuldades em corresponder as perguntas lançadas pelo terapeuta a fim de despertar os seus pensamentos automáticos. A possibilidade é perguntar sobre o que o paciente está sentido dentro de seu aspecto de emoção. E pedir para que ele evoque detalhes das sensações que foi capaz de perceber. Pedir que o paciente se veja na situação de angústia ou estresse, o paciente deve ser capaz de fazer uma interpretação do que sente (role-play), para firmar o pensamento automático deverá evocar uma imagem, apresentar pensamentos opostos a realidade suposta, perguntar sobre o significado da situação e fazer a pergunta de maneira diferente. Ao identificar um pensamento automático por meio de um questionamento, é conveniente aproveitar a trilha de forma a fazer outros questionamentos adicionais que tragam o raciocínio à tona.

A análise dos pensamentos angustiantes pode-se inferir que sua ocorrência incide dantes de uma situação, durante a situação e depois de uma situação.

Pacientes podem ter dificuldade para racionar os pensamentos automáticos e também para identificar a situação problema. O último caso pode ser gerenciável por criação de hipóteses vistas como cenários prováveis e possíveis.

Beck frisa que muitos pacientes relatam as interpretações de palavras e imagens que passaram pela mente até aprenderem a reconhecer esses pensamentos. O paciente deve aprender a reconhecer verdadeiramente as palavras presentes em pensamentos implícitos. Também é necessário reconhecer situações que podem evocar pensamentos automáticos.

Se perguntas básicas e a técnica do imaginário for insuficiente para um paciente identificar seus pensamentos disfuncionais o terapeuta deve tentar a psicoeducação para ensinar o paciente como levantar hipóteses sobre os seus pensamentos de forma a ativá-los e modificá-los.

**X - Identificando Emoções**

Na terapia cognitivo-comportamental as emoções são vitais em termos de estrutura de importância. O principal objetivo do tratamento, segundo Beck, é a remoção dos sintomas e remissão do transtorno, a fim de conter o sofrimento do paciente. Beck conclui que emoções negativas intensas provocam dor, no sentido psicológico, além de causarem representações de ordem disfuncional provocando interferência na capacidade de pensar, resolver problemas, atuar com eficiência ou obter satisfação. A vivência a fortes emoções (elevação de intensidade e influência sobre a qualidade) de pacientes com transtorno psiquiátrico pode representar uma inadequação â situação.

O terapeuta deve evitar lançar dúvidas sobre as emoções do paciente, a fim de não causar nenhum tipo de aversão ou dificuldades de manutenção da empatia. Porém, nem todas as variáveis que levam a disforia devem ser avaliadas, apenas o que causa sofrimento ao paciente em que urge solução em uma escala de conflito (itens mais importantes).

Tanto quanto as emoções positivas e negativas fazem parte da riqueza universal da vida, mesmo a dor física nos alerta para necessidades vitais e fisiológicas. As emoções positivas devem ser reforçadas no decorrer do tratamento. Os exercícios de casa devem ser avaliados as atividades que sejam possíveis desenvolver o domínio e observar a estrutura de prazer. Onde a compreensão deve jorrar para diferenciar pensamentos automáticos de emoções, distinguir as emoções, nomear as emoções e classificar a intensidade das emoções.

Os pacientes devem aprender a ignorar a confusão, fazer a abordagem de momento e a abordagem mais tarde de uma situação. Dentro deste fator é essencial o aprendizado da distinção entre pensamentos e emoções para que experiências e perspectivas do modelo cognitivo possam ser identificadas. É importante observar a tríade: situação, pensamento automático e reação. Falhas de percepção do paciente na nomeação transversa de pensamento e emoção devem ser observadas sem grande alarde a fim de não quebrar o fluxo racional do pensamento do paciente no momento.

Conceituar os problemas do paciente é necessário a fim de compreensão de sua experiência num processo de assimilação da importância de distinguir entre as emoções,

As dificuldades para nomear as emoções são relativas, pois a maioria dos pacientes detém uma aptidão para nomear corretamente suas emoções. Uma solução pode ser a criação de um quadro de emoções para facilitar o aprendizado de si mesmo. A lembrança de acontecimentos específicos é fundamental para a evolução do tratamento.

As principais emoções negativas que devem ser observadas no processo de aprendizado do paciente são: tristeza, depressão, solidão, infelicidade, ansiedade, preocupação, temerosidade, assustado, tensão, braveza, fúria, irritação, incômodo, envergonha, constrangimento, humilhação, decepção, enciúmes, inveja, culpa, mágoa e desconfiança.

É importante no decorrer do processo a identificação e a classificação das emoções por parte do paciente. As crenças disfuncionais devem ser observadas quando à experiência da emoção. Beck conclui que é necessário avaliar se o questionamento e a resposta adaptativa a um pensamento ou crença são efetivos.

A medição da intensidade da emoção contribui para avaliar o grau de importância de uma situação. A intensidade da emoção pode ser uma variável escalar que distribui o conceito entre 0 e 100%, ou pertencer a um padrão de escala likert no qual se atribui intensidades em termos de pouco, moderado, neutro, bom e ótimo (e variações). A intensidade emocional coletada e validada na aliança terapêutica deve contribuir para guiar a terapia.

Beck encerra a discussão sinalizando a necessidade do paciente desenvolver a empatia com as emoções dele durante todo o processo e ajuda-o a avaliar o pensamento disfuncional que influenciou o seu humor.

**XI - Avaliando os Pensamentos Automáticos**

Um ser humano tem milhares de pensamentos por dia que podem ser funcionais ou disfuncionais, sendo que em pacientes é perceptível que aflore mais ocupação cerebral com pensamentos disfuncionais.

Numa sessão somente é possível avaliar os principais em prioridade de afetação que a lembrança é capaz de escalar. De forma que seja possível, segundo Beck, selecionar os pensamentos automáticos fundamentais, usar questionamento socrático, conceituar quando a avaliação for ineficaz, usar métodos alternativos de questionamento e resposta aos pensamentos automáticos, responder quando os pensamentos automáticos estiverem dotados de verdade e usar de psicoeducação para avaliar seus pensamentos automáticos.

No processo de seleção dos pensamentos automáticos fundamentais, em uma sessão, parte de uma reação espontânea que durante a sessão faz surgir o pensamento. No qual o pensamento torna-se um elemento que é racionalizado, que parte para uma conceituação que envolve as crenças e percepções de um indivíduo. E partir para uma análise da angústia, e de sua incidência, para medir o nível de afetação que as crenças enraizadas e estabelecidas colaboram para a dor psíquica do indivíduo. Que corrobora para uma métrica de importância daquilo que implica um comportamento no indivíduo.

Quando a racionalização de um pensamento disfuncional é obtida e a dor psíquica desaparece, é sinal que o elemento disfuncional fora corrigido então na sessão é preciso interromper o trabalho sobre o pensamento automático e se concentrar em outro que o regime de urgência faz necessário estancar a angústia que se sente.

Então surge a necessidade de um questionamento para avaliar um pensamento automático, para saber como sua influência é capaz de interferir sobre o aspecto emocional de uma pessoa. Em que o processo de evocação do pensamento automático torna possível identificar reações que acompanham o indivíduo, de ordem emocional, fisiológica e comportamental. Deve-se evitar contestar o pensamento automático, porque se assim fosse, viola o empirismo cognitivo, seria abastecer-se de elementos cognitivos que despertariam a fuga do conceito onde se alojam as crenças do indivíduo, e em virtude deste fato poderia as novas proposições que surgirem do questionamento criar divagações que afastariam o indivíduo da realidade que faz-se necessário desenvolver o trabalho, segundo as regras de prioridade que a escala de afetação indica urgência em trabalhar cognitivamente.

Os pensamentos automáticos possuem uma identidade atrelada a um conhecimento validado pelo indivíduo, que sofisticamente lhe atribui uma valoração de verdade. Raramente se observa a ativação de um pensamento automático que não se refira a algo interno que esteja contido na região mnêmica de uma pessoa.

O pensamento socrático não é 100% recomendado para se trabalhar com pensamentos automáticos, deve-se buscar uma adaptação estruturada. As perguntas, como modelo de apropriação do conhecimento e descoberta da realidade, devem examinar a validade do pensamento automático, explorar a possibilidade de outras interpretações, relativizar a situação problemática, obter distanciamento do pensamento disfuncional e dar os passos necessários para resolver o problema.

O questionamento da veracidade do pensamento automático deve conter a percepção de um nível reativo que reduza a sensação de angústia e sofrimento, para que a noção de verdade antes verificada como disfuncional seja fragmentada e trabalhe em um nível construtivo em que a relação de prazer positiva de um indivíduo possa ser novamente conquistada.

“Nenhum humano não consegue fazer o que ele faz.” O pensamento automático aflorado na mente do leitor enquanto resumia o livro de Judith S. Beck gerou uma disfuncionalidade no sentido de uma sensação de prazer que alocava tempo disponível de leitura interrompendo a capacidade de interpretação do estudo, mas um cuidado deve ser tomado quanto a incidência a aplicação do pensamento disfuncional, uma variável importante que a terapia cognitivo-comportamental deve avaliar é o contexto e o cenário em que a ativação do pensamento automático colabora para distanciar ou aproximar o indivíduo da atividade que esteja realizando.

Como meio de manter a absorção do aprendizado sob si mesmo, o paciente pode utilizar métodos para examinar seus pensamentos, entre eles a variação de perguntas, a identificação de distorção cognitiva (reações em que os diferenciais de potencial de uma sensação e/ou percepção não coincidem com a necessidade de urgência ou correspondência com o ambiente) e usar a autoexposição.

Geralmente pacientes psiquiátricos criam rotinas inconsistentes procedurais geradoras de distorções cognitivas. Quando os pensamentos automáticos são verdadeiros é preciso coordenar um método para se encontrar uma solução para o problema, investigar se a conclusão obtida é válida e funcional e trabalhar com a aceitação, no sentido de inserir-se na realidade e retirar o sofrimento.

Os erros mais comuns de pensamento é a precificação de tudo ou nada, a catastrofização, a desqualificação e desconsideração do que é positivo, raciocínio emocional, rotulação de si mesmo e dos outros, magnificação/minimização do pensamento, filtro mental, leitura mental, supergeneralização, personificação, afirmações como “deveria” e “tenho que” e visão em túnel. Geralmente ativados por um pensamento automático que sofre uma acomodação em seguir uma rotina onde o fluxo se estabiliza. E a partir do padrão cristalizado o indivíduo passa a repercutir-se dentro de uma tendência ao continuísmo em que as ideias se fixam.

Beck fala que nem todos os problemas podem ser resolvidos, contribuindo com seu discurso, um problema pode ser adaptado a fim de que uma solução transversa possa gerar a ruptura do modelo cognitivo que evoca para si o sofrimento. Durante a sessão as crenças e pensamentos subjacentes podem ser examinados a fim de testar a validade da reação que se condiciona ao pensamento automático. Trabalhar a aceitação exige que uma pessoa desenvolva um senso crítico que lhe permita estar de frente com a realidade sem se ferir, mas ao mesmo tempo não ser dotada de insensibilidade.

Uma resposta adaptativa pode ser um atalho para uma solução de uma problemática para um paciente que já progrediu na terapia.

**XII - Respondendo aos Pensamentos Automáticos**

O efeito do tratamento cognitivo-comportamental é a lembrança dos pensamentos automáticos que foram trabalhados na sessão, registrados no caderno de terapia ou da audioterapia, e que no decorrer da semana o paciente se inflexiona a atuar e aqueles pensamentos automáticos que não foram mapeados durante a sessão que eclodem com as atividades que o indivíduo elabora no seu cotidiano. Os pensamentos automáticos identificados no decorrer da semana devem ser trabalhados por sistema socrático (perguntas sequenciais elucidativas e exploratórias) a fim da compreensão do efeito em que perseguir o pensamento automático irá desencadear a reação que não seja convertida em sofrimento. Onde técnicas de engajamento podem ser variadas como busca de solução, técnicas de distração, relaxamento, nomeação e aceitação do fluxo, conforme Beck.

Na sessão seguinte o terapeuta avalia o pensamento automático e revisa as anotações do paciente que foram colhidas no decorrer da semana, solicitando que ele construa um resumo que sintetiza suas descobertas. Conforme a essencialidade da descoberta o terapeuta pode sugerir ao paciente que o pensamento coletado seja registrado a fim de que possa ser trabalhado mais adiante se necessário, caso venha a surgir outras vezes.

Um ensaio, da ideia-pensamento central assimilada e registrada no decorrer da semana, com sua respectiva solução que tira da esfera do sofrimento ajuda a preparar o paciente para enfrentar situações difíceis e de alta complexidade que normalmente ele venha a encontrar dificuldades para moldar o seu comportamento, permitindo a elaboração de respostas a pensamentos disfuncionais, tarefas comportamentais, ou uma combinação de respostas e tarefas comportamentais que devolvem ou mantém o equilíbrio do indivíduo.

É conveniente que o paciente mantenha registros por escrito da terapia. No caso de pacientes com resistência à leitura deve-se desenvolver áudios com as gravações da sessão. Não existe uma regra ou periodicidade para o contato com os registros da terapia, pode o paciente ouvir uma única vez ou várias se necessário. No fim de uma sessão as anotações devem ser lidas em mais ou menos um minuto.

Na etapa de avaliação e resposta a novos pensamentos automáticos entre as sessões deve gerar uma correspondência de melhora do quadro do paciente, ser capaz de gerar um roteiro gerenciável para trabalhar perguntas em casa, ter noção crítica a fim de estabelecer contrapontos ao discurso e ser capaz de gerar uma lista de pensamentos automáticos que devem ser trabalhados no decorrer da semana que maximiza o trabalho terapêutico em uma inscrição de sequência ótima de trabalho, onde níveis de dificuldade e estresse possam estar sob controle no decorrer das tarefas.

O registro Diário de Pensamentos Disfuncionais (Registro de Pensamentos) conforme Beck é uma planilha que estimula o paciente a avaliar seus pensamentos automáticos quando se sente angustiado.

Para pessoas de baixo grau de instrução com dificuldades para o preenchimento da planilha de Registro de Pensamentos Beck preparou uma alternativa, que foi a construção de uma planilha sintética de perguntas denominada Testando seus Pensamentos.

O terapeuta dentro da aliança terapêutica deve balancear a importância dos formulários, as dificuldades devem ser catalogadas a fim de que a informação surja como uma oportunidade de melhora.

Beck afirma que a análise do pensamento automático será eficiente se for capaz de alcançar os pontos críticos que causam sofrimento ao paciente, na percepção de ser uma crença nuclear, crença subjacente, avaliação e resposta superficial ou o nível de valoração das respostas.

Beck e Emery, 1985 desenvolveram uma técnica chamada de AWARE (aceitação, observação, ação, repetição e espera) como uma alternativa par responder de outras maneiras aos pensamentos automáticos.

**XIII - Identificando e Modificando Crenças Intermediárias**

Beck explica que as crenças podem ser visualizadas a partir de 2 grandes grupos: crenças intermediárias, ou sejam, aquelas compostas por regras, atitudes e pressupostos; ou crenças nucleares, aquelas formadas por ideias globais rígidas a respeito de si mesmo, dos outros e do mundo.

Na etapa de conceituação cognitiva o paciente deve ser preparado para trabalhar com os pensamentos automáticos sem comprometer substancialmente suas crenças nucleares. No início da sessão terapêutica uma formulação conceitual deve ser organizada a fim de que haja um entrelaçamento entre os pensamentos automático e sua relação com as crenças que lhe sirvam de base ou suporte.

Um mapa cognitivo da psicopatologia do paciente pode ser objeto de construção a partir do preenchimento de um Diagrama de Conceituação Cognitiva, conforme Beck após a primeira sessão com o paciente.

A conceituação inicial deve ser compartilhada de preferência verbalmente em todas as sessões.

O Diagrama de conceituação cognitiva de preferência deve conter dados relevantes da infância, crenças nucleares, pressupostos-crenças-regras condicionais, estratégia compensatória de enfrentamento, a identificação das 3 situações que merecem ser trabalhadas, com seus respectivos pensamentos automáticos (P. A.) e seus significados, a emoção associada e o comportamento desencadeado.

A crença intermediária é um dizer (significação) da crença nuclear (significação principal). Se a crença intermediária estiver em posição de engajamento em que se observa um enfrentamento em relação à crença nuclear a tendência será em não deslocar o raciocínio para coincidir a afetação que irá desencadear a reação concordante com o pensamento nuclear, caso contrário, o raciocínio desencadeado, pelo princípio de ser abastecido por um pensamento automático, será direcionado para agir conforme a crença central ou nuclear deste indivíduo.

Muitas estratégias podem ser adotadas para antepor as crenças nucleares, Beck expõe algumas delas: evitar emoções negativas, exibir emoções intensas, tentar ser perfeito, propositadamente parecer incompetente ou desamparado, ser excessivamente responsável, evitar responsabilidades, evitar intimidade, buscar intimidade inadequadamente, buscar reconhecimento, evitar a atenção, evitar confrontação, provocar os outros, tentar controlar situações, abdicar do controle em favor dos outros, agir com infantilidade, agir de maneira autoritária, tentar agradar os outros e distanciar-se dos outros ou tentar agradar somente a si.

Beck montou um quadro nos ensinando como identificar as crenças intermediárias e nucleares estabelecendo o seguinte regramento: através do reconhecimento da crença expressa como um pensamento automático; apresentação da primeira parte do pressuposto do trecho compreendido, evocar a si uma regra ou atitude, utilizar a técnica da seta descendente (ver livro: Terapia Cognitivo-Comportamental), examinar os pensamentos automáticos do paciente e procurar temas em comum, perguntar diretamente ao paciente e, rever o questionário de crenças preenchido pelo paciente.

Quando uma crença intermediária é identificada deve ser classificada em central ou periférica, onde as crenças intermediárias mais importantes devem ser trabalhadas primeiramente.

Após a identificação de uma crença é importante fazer com que o paciente perceba o grau valorativo ou de importância que se atribui a crença que permita uma construção de trabalho cognitivo que modifique o pensamento para retirá-lo de sua visão de conflito ou sofrimento.

As vezes a crença intermediária na forma de pressuposto é mais fácil de ser identificada do que uma regra ou atitude (Beck). No sentido disfuncional de uma crença Beck afirma que deve o paciente tentar minar as desvantagens de sua utilização como uma “verdade” e reforçar as suas desvantagens.

No processo de reformulação de crenças, a nova crença deve-se primar pelo princípio de ser mais adaptativa, ou seja, que permita dotar o indivíduo de um aspecto mais funcional. Uma estratégia deve ser trabalhada em termos de psicoeducação para que sirva de modelo de alteração da antiga crença.

Exemplo:

“Eu sou muito negativo.” (crença sobre si mesmo disfuncional); substituir por:

“Eu só serei negativo se eu permitir agir assim comigo mesmo” (crença adaptativa funcional)

A estratégia a ser utilizada irá determinar o grau de modificação da crença que a retire do seu aspecto disfuncional para o aspecto funcional. As técnicas que Beck sugere para modificar pensamentos automáticos são: questionário socrático, experimentos comportamentais, continuum cognitivo, role-play intelectual-emocional, usar outros como um ponto de referência, agir “como se” e autoexposição.

**XIV - Identificando e Modificando Crenças Nucleares**

Beck nomeia de crenças nucleares os pensamentos mais centrais que um indivíduo tem de si mesmo. As crenças nucleares negativas podem ser classificadas por seu conteúdo que estabelece vínculo com o desamparo ou aceitação, também, pode se enquadrar como negativo a autodepreciação. Geralmente os seres humanos se vinculam a crenças nucleares positivas, como por exemplo: “Eu sou bonito.” e somente em contato com uma dor psíquica ou fisiológica a manifestação do pensamento negativo passa a comandar o processo de evocação de um indivíduo, por exemplo: “Eu não consigo fazer nada.” As crenças nucleares negativas não dizem respeito a um conteúdo que diga algo de si mesmo, mas podem estar entrelaçadas com informações de outros indivíduos ou sobre o mundo que se está contido ou interagindo.

O sucesso na modificação das crenças nucleares é uma relação de controle e observância da rigidez e supergeneralização das ideias; descrédito do efeito de praticar a psicoeducação referente as cognições, desencadear afetos ligados as crenças nucleares como uma resistência a sua modificação e a aliança terapêutica não ser suficientemente forte que permita jorrar a compreensão mútua do par terapêutico.

Beck adverte que o terapeuta deve ensinar ao paciente as ferramentas para identificação, avaliação e resposta adaptativa aos pensamentos automáticos e crenças intermediárias anteriormente de aplicar às ferramentas para as crenças nucleares.

A crença nuclear percebida como um pensamento automático deve ser avaliada no início do tratamento, onde o grau de modificação varia de paciente para paciente.

Judith S. Beck criou uma procedure no qual é fácil compreender como o processo deve ser gestado: primeiro deve-se levantar mentalmente as hipóteses sobre os pensamentos automáticos (se em “desamparo”, “desamor” e/ou “desvalor”), especificar as crenças nucleares a partir das técnicas já estudadas, apresentar a hipótese sobre a crença nuclear do paciente gestando seu aspecto valorativo para balanceamento de sua importância, para depois educar o paciente no comportamento que retirará o aspecto negativo das crenças nucleares, e ajudar o paciente a fixar a nova crença substituta que corrigiu a crença nuclear, e finalmente, avaliar e modificar a crença nuclear negativa a fim de reduzir a força e ampliar o vigor da crença substituta.

As crenças nucleares devem ser identificadas no início da terapia, conforme Beck, para conceituar o paciente e planejar o tratamento.

Quando dados foram coletados o suficiente o terapeuta apresenta para o paciente as crenças nucleares provisórias. Para se levantar dados históricos que reforçam e dão base à estrutura da crença nuclear e cuidar para fazer o rebalanceamento de seus componentes valorativos.

Na etapa de educação o paciente deve compreender que a ideia não é a absoluta verdade, que a crença que sustenta sua veracidade é fruto do quanto o indivíduo se sustenta em torno de seu núcleo semântico, que a ideia pode ser testada, que ela pode ter se estruturada na infância e mesmo assim não significar ser a absoluta verdade sobre si mesmo, ser capaz de reconhecer que a crença nuclear tem uma força que estabelece um sentido reativo dentro de um indivíduo por meio de seus pressupostos, e, que a aliança terapêutica pode contribuir conjuntamente para traçar uma estratégia que modifique a crença nuclear e tire o indivíduo da disfuncionalidade.

A formulação de uma crença positiva irá contribuir para enfraquecer uma crença nuclear disfuncional que uma vez identificada permitiu construir a formulação que irá retirar a pessoa de seu aspecto disfuncional.

No começo do tratamento o terapeuta deve evocar os pontos positivos do paciente, por meio dos questionamentos, para encontrar contradições que reforçam a crença nuclear negativa, e em segundo lugar na fase de fortalecimento da nova crença nuclear (substituta) ser capaz de fortalecer os aspectos positivos.

Beck descreve algumas técnicas que podem ser auxiliares na modificação das crenças nucleares negativas: técnicas de questionamento socrático, exame das vantagens e desvantagens, Role-play intelectual-emocional, agir “como se” (se colocar no lugar), experimentos comportamentais, continuum cognitivo e autoexposição. Além das técnicas tradicionais outras adicionais também podem ser aplicadas: planilha das crenças nucleares, contrastes extremos, histórias e metáforas, testes históricos, restruturação de memórias primitivas e cartões de enfrentamento.

Beck apresenta uma técnica importante para modificação das crenças nucleares: parte de uma identificação da situação específica, a intensificação do afeto, a identificação do paciente da experiência primitiva (recordação e memória), uso da memória para resgatar sensações e percepções históricas, e remodelagem do entendimento por questionamento socrático, diálogo ou dramatização para devolver o aspecto funcional ao paciente.

**XV - Outras Técnicas Cognitivas e Comportamentais**

Beck organizou e difundiu uma série de técnicas para serem trabalhadas de acordo com a conceituação global e os objetivos de uma sessão. Algumas delas podem ser enunciadas, tais como: questionamento socrático, experimentos comportamentais, role-plays intelectual-emocional, Planilha das Crenças Nucleares, imaginário, lista de vantagens e desvantagens das crenças, e, outras que têm por objetivo a influência dos pensamentos, do comportamento, do humor e da estimulação fisiológica do paciente. Beck conclui que as suas funcionalidades são para a solução de problemas, tomada de decisões, refocalização, relaxamento e mindfulness, cartões de enfrentamento, prescrição gradual de tarefas, exposição, dramatização, técnica da “torta”, autocomparações e listas de méritos.

Técnicas de solução de problemas e treinamento de habilidades consistem em identificar os problemas relativos ao transtorno e a vida real. O mapeamento dos problemas que causam sofrimento, bem como os problemas projetados hipoteticamente para o futuro. A análise leva em conta a percepção passada ou mnêmica do indivíduo ou a percepção de uma implicação de si mesmo em relação à vivência de outro. E por meio de perguntas se instiga uma investigação pessoal onde o indivíduo é capaz de se gerenciar e se redescobrir. Sempre que conveniente, guias de autoajuda fornecem dicas importantes de como um indivíduo é capaz de encontrar uma solução para o seu problema.

A planilha para a solução de problemas descrita e organizada por Beck, 2011, ajuda o paciente a especificar um problema e identificar e responder às cognições que interferem antes de discutir as soluções potenciais.

Quando um indivíduo passa por uma fase de procrastinação, ou seja, adiamento em fazer atividades, uma técnica de autoexposição pode muito contribuir para retirar o indivíduo do sofrimento.

Se o problema reside sobre a tomada de decisão as alternativas e vias que irão conduzir a uma ação devem ser racionalizadas, interpretadas, para cada item, a fim de que uma conclusão sobre a impressão que melhor represente o aspecto de prazer do indivíduo possa ser conduzida para sanar o aspecto de indecisão.

A técnica de refocalização consiste em retomar o pensamento de uma atividade anteriormente exercida, que no momento em que ela eclodiu pela primeira vez, não era possível prender a atenção e o foco sob os pensamentos automáticos. Atividades de distração podem ser organizadas a fim de que o foco passe a ser concentrado, numa relação de equação de esforço e equilíbrio para se concentrar sobre uma atividade.

Os humores podem ser medidos, tal como o comportamento por meio de uma planilha de atividades. Trata-se da tarefa de monitorar os padrões de comportamento.

O relaxamento é uma técnica de exercícios que condicionam um indivíduo a uma situação de diminuição da tensão ou estressse. O mindfulness, conforme Beck, ajuda o paciente a observar e aceitar sem julgamento sus experiências internas, sem avaliar ou tentar muda-las.

Na Técnica de prescrição gradual de tarefas uma descrição gráfica de passos é projetada a fim de obter uma lógica de ordenação em que torna possível perceber como os processos são desencadeados em torno da realização de uma tarefa.

Na Técnica de exposição o paciente procura perceber sua relação com o aprendizado que lhe retirará de uma estratégia de enfrentamento, visto como uma esquiva (comportamento evitativo), que distancia o indivíduo do elemento causador ou ampliador de conflito. Desta relação se constrói um entendimento que tira o indivíduo da ansiedade. Técnicas auxiliares como: Registros de Pensamentos, cartões de enfrentamento ou exercícios de relaxamento podem ser utilizados a fim de que o objetivo terapêutico seja alcançado.

As predições do paciente (Exemplo: eu não vou ter tempo suficiente para fazer a questão – visto como uma disfunção que toma tempo do paciente que o impende de trabalhar sobre a solução que irá aproximar o indivíduo da realização da tarefa) que não se tornaram realidade durante a semana podem ser estudadas em psicoeducação para melhor compreender o que aproxima o indivíduo de sua relação com a agorafobias.

A Técnica de Role-Play, conhecida no Brasil como dramatização foi desenvolvida para evocar pensamentos automáticos, desenvolver respostas adaptativas, e modificar crenças nucleares e intermediárias, conforme Beck. É uma importante ferramenta para perceber habilidades sociais. As habilidades sociais devem ser objeto de avaliação das ideias preexistentes, para somente depois realizar o trabalho em que se objetiva introduzir novas habilidades ao paciente.

A Técnica da “Torta”, ou seja, uma exposição gráfica circular dos problemas pode ajudar o paciente a definir objetivos ou responsabilidades por resultados, conforme Beck. Na definição dos objetivos o paciente poderá fazer uma representação gráfica do seu consumo de tempo ideal x real.

A Técnica da determinação da responsabilidade pode ser útil para o paciente focar sobre a situação-conflito que irá indicar o grau de comprometimento em que sua atuação corresponde a um elemento represado de sua psique que corresponde à essencialidade de sua personificação.

A Técnica da autocomparação e listas de méritos procura relacionar dois períodos distintos, geralmente o anterior ao adoecimento e o momento atual em que se situa o conflito do paciente dentro da patologia. A técnica consiste em perceber a relação da dor psíquica e as expectativas formuladas pelo paciente a fim de desconstruir seu caráter disfuncional que livre o paciente do sofrimento.

A Técnica de Listas de Méritos são premissas positivas (ideias) organizadas para a geração de uma lista diária, mental ou escrita, que sirva de orientação para o paciente, observado do ponto de vista como sendo uma elaboração ou exercício.

**XVI - Imaginário**

Os pensamentos automáticos podem ser palavras não vivenciadas na mente, quadros mentais, procedures declaradas, ideações simples, sensações e percepções que ativam elementos reativos. Uma imagem, por exemplo, é um pensamento com representação iconoplástica automática. Beck argumenta que a falha em identificar e responder a imagens perturbadoras poderá resultar em sofrimento constante para o paciente.

Os pacientes devem saber que que os pensamentos ocorrem na forma imaginária. Pode acontecer que uma pessoa tenha dificuldade para nomear, identificar e traçar uma lógica em que a visualização de uma imagem possa ser facilmente interpretada e compreendida. A consequência direta da aplicação do conhecimento da imagem, vista como uma representação automática, é a verbalização de um pensamento automatizado.

Beck deixa claro que imagem pode assumir muitos sinônimos, tais como: figura mental, imagem visual, visualização, devaneio, fantasia, imaginação, imagística e lembrança.

Geralmente pacientes encontram dificuldades de expressar suas imagens mais vívidas e angustiantes, porque a aproximação da imagem com a ideação da representação, como uma retomada do conflito, visto como uma ativação reativa que torna o indivíduo sofredor, afasta o centro volitivo de uma pessoa que deseja distanciamento da situação traumática.

A Técnica de se seguir imagens até a conclusão pode auxiliar um indivíduo em uma descoberta da realidade e aproximar, por intermédio da conceituação, o indivíduo de sua relação com o problema, a fim de que o alívio possa ser conquistado através do entendimento. O paciente é levado, pelo terapeuta, a raciocinar em torno da “catástrofe” que encapsula seus pensamentos que levam a reação de contexto negativo, de forma fracionada até o limite que permita ao paciente se condicionar a uma aceitação que o coloca em uma atitude e disposição harmônica da vida, numa tendência de relativização de seu fenômeno de adoecimento que permita condicionar a imagem, vista como um pensamento automático, na direção que torna sua percepção orientada por um eixo positivo, no sentido do prazer pela vida.

Outra técnica para conter a angústia é fazer com que o paciente se canalize por uma situação hipotética de extrema angústia, no qual é condicionado a passar por uma situação difícil que ele havia projetado anteriormente durante a sessão na fase de coleta de problemas que era muito angustiante perseguir. E a partir da diminuição da tensão que eleva o pensamento, na canalização dos pensamentos automáticos que aproximam o indivíduo do sofrimento, parti se por uma racionalização em que a importância da expectativa é reduzida e o paciente volta para o seu ciclo funcional de entendimento.

O pensamento imaginário do paciente deve ser reforçado, sobre a atitude sólida positiva que irá retirar o indivíduo do sofrimento, e se necessário, relacionar e estabelecer perguntas que ajudem o paciente a encontrar soluções.

No teste de Realidade da Imagem o terapeuta ensina o paciente a tratar as imagens como pensamentos automáticos (Beck).

A Técnica de repetição da imagem permite que uma mesma cena seja raciocinada sem o viés do exagero que possa representar a disforia em torno da reação que é desencadeada pela perseguição do elemento visual.

Outra Técnica importante é a substituição de imagens sempre por um representante mais agradável que retorne o indivíduo para a posição de conforto ou funcionalidade.

As vezes pode-se induzir o imaginário como instrumento terapêutico pelo condicionamento do paciente em fixar uma imagem contrária ao elemento disfórico, ou seja, a imagem espontânea que causa sofrimento.

Na Técnica do enfrentamento que pode ser focada na imaginação ou no imaginário, o paciente é levado a induzir uma imagem que contraponha a imagem espontânea. Na primeira, ou seja, enfrentamento na imaginação se observa a imagem isolada dentro do seu contexto, enquanto na segunda, no enfrentamento no imaginário se observa toda a estrutura procedural, ou seja, raciocínio, que leva um indivíduo a se afetar.

Na técnica da imaginação do Distanciamento, o paciente é levado a raciocinar no distanciamento da situação-problema, de forma que ele possa se desvincular com a realidade construída para a permanência no sofrimento, a fim de reduzir sua angústia e ajudar o paciente a ver os problemas em uma perspectiva mais ampla, afirma Beck.

E por fim a Técnica de Redução da Ameaça Percebida é importante quando o paciente fique de frente com uma situação por uma perspectiva mais realista da verdadeira ameaça. Consiste em minar o pensamento automático negativo para que sua força de descarga diminua a intensidade reativa.

**XVII - Exercícios de Casa**

Beck esclarece que os exercícios de casa devem fazer parte da rotina da terapia e do tratamento. Os pacientes que correspondem aos exercícios têm maior facilidade para responder positivamente ao tratamento. Desde a primeira sessão, os exercícios de cada devem ser preparados. Os exercícios de casa são fundamentais para a psicoeducação onde o indivíduo passa a ter consciência de si próprio, pois Beck assinala que através do processo de aprendizado é possível compreender a relação dos pensamentos, nos testes e crenças, suas modificações, na utilização de ferramentas cognitivo-comportamentais, e na experimentação de novos comportamentos. Pretende-se que um senso de autoeficiência seja reproduzido.

Na definição das prescrições dos exercícios não requer uma fórmula específica. Os aspectos cognitivos, emocionais e sociais do paciente são levados em consideração para a motivação em se realizar os exercícios. No início do tratamento dependendo do desempenho do paciente haverá necessidade de coordenação, com a transferência do conhecimento, o paciente terá cada vez mais condições de coordenar a si próprio, e essa liberdade de conquistar a autoeficácia deve ser progressivamente repassada para o paciente.

As prescrições de exercícios continuados devem passar pelos processos de ativação comportamental, monitoramento do pensamento automático, avaliação e respostas aos pensamentos automáticos, solução de problemas, habilidades comportamentais, experimentos comportamentais, biblioterapia e preparação para a próxima sessão.

Alguns pacientes demoram se adaptar a rotina dos exercícios de casa, outros porém, detêm maior facilidade para organizar o tempo elaboral. Para resolver os problemas de adesão aos exercícios de casa Beck estabelece oito regras: adequar a prescrição ao indivíduo; dar embasamento ao exercício para sua realização; agir colaborativamente e concordantemente com o paciente; limitar o risco da realização do exercício; tentar começar a tarefa na sessão; organizar sistemas para ativar a lembrança do paciente para início das atividades; prever possíveis problemas; e, preparar a autoestima do paciente caso o resultado seja negativo.

Ao conceituar as dificuldades o foco deve estar centrado sobre a dificuldade do paciente em fazer o exercício. E se o problema é prático (exercício no último momento, esquecer a justificativa para uma prescrição, desorganização ou falta de responsabilidade ou dificuldade com uma prescrição), psicológico (previsões negativas, superestimar as demandas de uma prescrição, perfeccionismo), prático-psicológico ou de ordem cognitiva. No decorrer dos exercícios alguns obstáculos psicológicos podem estar disfarçados de problemas práticos ou os problemas podem vir relacionados às cognições do terapeuta.

Os exercícios do paciente devem ser revisados como o primeiro item de pauta de uma sessão.

**XVIII - Término e Prevenção de Recaída**

A preparação do paciente para que ele não venha a ter uma recaída deve ser construída a partir da primeira sessão. Beck esclarece que determinadas técnicas devem acompanhar todo o tratamento do paciente.

O terapeuta deve tomar o cuidado de atribuir o progresso do tratamento ao paciente. Quando a melhora no humor é percebida o terapeuta deve contribuir com psicoeducação para fazer com que o paciente tenha uma percepção de si mesmo dos fatos geradores de melhora.

As técnicas devem ser visualizadas como ferramentas para toda a vida, onde Beck enumera aos procedimentos: os problemas devem ser divididos em partes gerenciáveis, deve-se fazer um brainstorm de soluções para os problemas, identificar, testar e responder aos pensamentos automáticos e crenças, usar os registros de pensamentos, monitorar e programar atividades, fazer exercícios de relaxamento, usar as técnicas de distração e refocalização, criar hiperarquias de tarefas ou situações evitadas, escrever listas de méritos, identificar as vantagens e as desvantagens das escolhas cognitivas.

O paciente deve ser preparado para um retrocesso, a fim de que sua construção de defesa estabeleça a segurança necessária para que ele não venha a ficar novamente debilitado.

O terapeuta deve preparar o paciente para que ele comece a se sentir seguro no espaçamento das sessões. Os pensamentos automáticos devem ser estudos quando se aproxima o término da programação que finaliza as atividades de tratamento, a fim de que se compreenda que o paciente esteja seguro o suficiente para seguir o seu trabalho sem auxílio terapêutico.

As anotações do paciente acerca do aprendizado do tratamento devem ser organizadas a fim de servir de consulta para a vida do paciente sem o auxílio do consultório. Para facilitar um plano psicoterápico deve ser discutido, para traçar uma linha de atuação em autoterapia que deve trazer recomendações ao paciente de como ele deve continuar a reproduzir bons resultados para o seu desenvolvimento cognitivo.

Os retrocessos do tratamento devem ser dimensionados a fim de que após o término da última sessão, os efeitos da autoterapia possam ser prorrogados afetando positivamente o indivíduo para estados de equilíbrio funcionais.

Para incentivar o paciente a seguir as recomendações da autoterapia, o terapeuta pode recomendar ao paciente que em caso de dificuldade, preventivamente, que ele marque uma terapia de reforço a fim de que o alinhamento de seu objetivo seja novamente objeto de estudo e avaliação.

**XIX - Planejamento do Tratamento**

O planejamento é essencial para a tomada de decisão que repercutirá em uma efetividade do tratamento. Beck distingue algumas etapas essenciais que deve ter um tratamento: atingir objetos terapêuticos amplos, planejar o tratamento a cada sessão, delinear planos de tratamento, planejar cada sessão, decidir em que problema focar e modificar o tratamento padrão para transtornos específicos. Os objetivos do tratamento são a remissão do transtorno do paciente e controle da recaída via prevenção.

No alinhamento dos objetivos se estabelece uma aliança sólida, torna consciente a estrutura e o processo terapêutico, ensina os procedimentos terapêuticos, ajuda a diminuir a visualização de um problema e ensina o paciente a ser autossuficiente em sua autoanálise.

Na fase de planejamento um plano geral e específico deve ser elaborado, para cada sessão. O tratamento deve ser planejado em três fases: uma fase inicial, uma fase intermediária e uma fase final, conforme observado em outro capítulo de Beck.

O plano de tratamento deve estar voltado para a avaliação do paciente, os sintomas e transtornos. O plano de tratamento geral deve ser flexível, enquanto o tratamento específico faz necessário conceituar em detalhes as dificuldades do paciente.

A sessão deve ser planejada numa estrutura inicial de perguntas, a fim de servir como guia enquanto se conduz. O questionamento socrático deve ser capaz de avaliar os pensamentos automáticos, as descobertas devem ser guiadas a fim de descobrir o significado dos pensamentos automáticos e dotar o paciente de um processo de assimilação contínuo, livrando-o do apresso e perseguição da imperfeição ou falha.

Quando se trabalha em focar em um problema deve-se ter o cuidado para limitar a discussão de problemas que é possível a resolução sozinha por parte o paciente, sejam incidentes isolados e improváveis de voltar a acontecer e, conforme Beck, não sejam particularmente penosos.

É necessário após a identificação e detalhamento de um problema que o terapeuta seja capaz de reunir mais dados sobre o problema, reveja suas opções, reflita sobre considerações práticas, use o estágio da terapia como um guia e mude o foco quando necessário.

Para transtornos específicos o tratamento padrão deve ser ajustado a fim de melhor se adequar a necessidade do tratamento. A escolha da especificidade do tratamento deve levar em conta segundo Beck ao diagnóstico do paciente, conceituação de suas dificuldades, os objetivos do paciente em relação a terapia, o rol de preocupações mais urgentes, o estágio do tratamento, características de aprendizado do tratamento, nível de motivação do paciente e a natureza e a força da aliança terapêutica. O plano geral do tratamento pode ser modificado continuamente ao longo das sessões e o mais específico antes e dentro de cada sessão.

**XX - Problemas na Terapia**

Problemas podem surgir durante o tratamento, como dificuldade de alinhamento na aliança terapêutica, dificuldades de conceituação e afastamento dos objetivos delineados na fase de planejamento. Beck argumenta que durante o tratamento há necessidade de compreensão dos problemas para que seus efeitos sejam controlados a fim de que o planejamento permita remediá-los. Os problemas e bloqueios devem ser encarados como pontos de melhoria.

As dificuldades servem para ampliar a capacidade de aprimoramento da conceituação do paciente, além de proporcionar insights dos problemas em sua vida cotidiana, amplia as habilidades e permite a flexibilidade e criatividade no aprendizado e entendimento. Corrobora para o domínio de si mesmo e do relacionamento com outros indivíduos na vida em sociedade.

Beck relaciona alguns modelos onde é possível detectar a existência de um problema: ouvindo um feedback não solicitado de um paciente, solicitando um feedback a um paciente, revisando o registro das sessões e acompanhamento do progresso do paciente.

Sempre que possível durante a sessão os problemas devem ser atenuados ou revelados.

Durante o tratamento o terapeuta deve fazer uso da empatia a fim de que a observação e obstáculos elucide o sofrimento do paciente.

Quando um problema é identificado o terapeuta deve estar alerta a pensamentos automáticos que exercem influência sobre o paciente.

As gravações da sessão, quando permitidas pelo paciente, podem ser úteis para compreender a patologia do paciente, erros cometidos pelo terapeuta, fatores internos e externos ao tratamento.

Beck afirma que os problemas podem ocorrer da etapa de diagnóstico, conceituação e plano de trabalho, aliança terapêutica, estrutura e/ou ritmo da sessão, familiarização do paciente, manejo dos pensamentos automáticos, alcançar os objetivos terapêuticos e processamento do conteúdo da sessão por parte do paciente.

**XXI - Evoluindo como Terapeuta Cognitivo-comportamental**

Algumas recomendações básicas devem ser perseguidas por um terapeuta que deseja trabalhar com Terapia Cognitivo-comportamental:

1 – Monitoramento do humor, identificação dos pensamentos automáticos que provocam disforia, ou ansiedade, ou comportamentos desadaptativos.

2 – Anotação dos pensamentos automáticos a fim de descobrir obstáculos em potencial, como: falha de oportunidade, motivação, tempo, energia e esperança.

3 – Identificação dos pensamentos automáticos que interferem sobre a etapa anterior.

4 – Registro de Pensamentos (RP) por dia ao observar alterações do humor assim que identificados os pensamentos automáticos.

5 – Preenchimento da metade inferior do Diagrama de Conceituação Cognitiva para registro dos momentos em que o paciente se sentiu disfórico ou desadaptativo.

6 – Preenchimento da metade superior do Diagrama de Conceituação Cognitiva com o preenchimento da crença nuclear que leva ao evento desadaptativo ou disfórico.

7 – Ao usar uma crença nuclear identificada previamente faça o preenchimento da Planilha das Crenças Nucleares.

8 – Experimente técnicas básicas como: programar atividades, criar listas de méritos, responder ao imaginário espontâneo, agir “como se”, escrever e ler cartões de enfrentamento, fazer autocomparações funcionais, e, anotar vantagens e desvantagens do processo de decisão.

9 – Escolha um paciente ideal ao nível de entendimento do terapeuta para iniciar a sessão que irá dar início ao modelo de terapia (para terapeutas iniciantes).

10 – Obter entendimento por escrito do uso de gravações ao longo das sessões.

11 – Fazer constantes atualizações a respeito da terapia cognitivo-comportamental para se manter sempre atualizado.

12 – Consulte Wright, Basco e Thase (2006) para ter proficiência no ramo da terapia cognitivo-comportamental.

13 – É necessário que os terapeutas assistam sessões reais conduzidas por profissionais experientes;

14 – Procurar continuamente oportunidades de treinamento e supervisão local ou pelo Instituto Beck de Terapia Cognitivo-Comportamental.

15 – Procure se integrar em conferências da Academia de Terapia Cognitiva e conferências locais, nacionais e internacionais realizadas por outras instituições certificadas.

**XXII – Conclusões**

O livro Terapia Cognitivo-comportamental de Judith S. Beck fornece profundas reflexões sobre o comportamento cerebral. Possui um enfoque gerencial burocrático que visa estatizar as relações psíquicas a fim de fundamentar ideias em torno de núcleos de influência que promovem conteúdos de expressão, por intermédio de reações, no qual foi possível visualizar tais componentes como pensamentos automáticos, que servem para iniciar processos e ativar crenças em que uma pessoa se fundamente para agir conscientemente.

É interessante observar que o livro é rico em estudos de caso, principalmente da paciente Sally que desenvolve seu tratamento dentro do modelo Cognitivo-comportamental. Como desenvolvo atividades sociais com as informações aqui apresentadas, optei por fazer um filtro omitindo todas as impressões da paciente em questão, devido ao fato do relato poder ativar pensamentos automáticos nos leitores, que na tentativa de identificação do sofrimento do relato da paciente, poderia indicar a ativação de disfuncionalidades que poderiam comprometer o equilíbrio de quem tivesse acesso com a informação.

No primeiro capítulo do livro, Beck traz uma síntese de conceitos éticos, no qual devem se pautar o estudante que deseja reforçar seu conhecimento com o conteúdo didático do livro, no qual torna-se uma referência para todo o aprendizado a partir da leitura dos capítulos seguintes.

Durante a atividade de leitura foi publicado os principais textos no Jornal News Rondônia e Correio do Amazonas, no qual possuo uma coluna em cada jornal. Também contribui para um grupo de professores da rede pública e privada, como ferramenta auxiliar à educação a ser transmitido como informações que possam ser aplicadas no processo de aprendizagem em sala de aula. No Facebook abrimos adesão com um grupo chamado Repensando a Loucura – Uma visão integral no qual repassamos conceitos sobre o resumo do capítulo IMAGINÁRIO.

No decorrer do aprendizado, ministrado em leituras periódicas e diárias de uma hora e meia há duas horas de estudo, a identificação com o processo de fixação da leitura fez com que os processos somáticos deste estudante começassem a funcionar dentro do modelo cognitivo-comportamental, gerando uma quantidade bastante produtiva de insights que foram postados abertamente na internet com a devida explicação para parentes e familiares dos processos cognitivos que estavam sendo desencadeados em minha linha do tempo. O conteúdo é livre e está disponível para outros pesquisadores de diversas áreas para estudo de caso, como uma pequena contribuição de como o conteúdo de Beck pode contribuir e afetar a mente humana após um contato direto e profundo com seus ensinamentos.

Quanto a uma crítica formal ao modelo Beckiniano, vejo que há necessidade de se trabalhar melhor com o conceito de crenças, uma vez que percebi ao longo do seu aprendizado que um pensamento nuclear não necessariamente irá provar um mesmo tipo de desencadeamento reativo em um paciente. Existem indivíduos que possuem estruturas de funcionamento psíquico em que a relação de crenças não corresponde a um modelo de causa, efeitos e consequências, no qual se tentou imprimir como modelo a ser estudado e identificado que caracterize um processo que é desencadeado quando a estrutura cognitiva do pensamento automático está ativa.

Como estatístico reforço a tese de que pensamentos automáticos são desencadeados por princípios psicofísicos, em que um aspecto modal torna possível aproximar um indivíduo de uma reação ao qual sua estrutura de resposta esteja condicionada ou mais apta a um modelo de reação. Ao qual irá sintetizar uma resposta que adere a um modelo de ancoramento de variáveis, tais como sentido, dimensão, expectância, propósito, consentimento, e, outras, no qual seja possível dentro do regime de urgência de um indivíduo, estabelecer uma ponte, como uma via de resposta, em que o indivíduo irá corresponder à demanda do ambiente.

Embora uma pessoa que esteja em equilíbrio de pleno uso de sua psique, em estado funcional, estabeleça um regime de crenças como sendo representativo de sua volição, a ativar supostamente um amontoado de crenças fortalecidas por sua experimentação, é possível que um indivíduo ao desencadear um pensamento automático, que surgiu de uma evidência coletada do ambiente, no qual indica ao sujeito um aprendizado, que deve ser retido e compreendido, possa fortalecer o surgimento primário do pensamento automático, como sendo uma sensação seguida de percepção capaz de ordenar uma informação em que uma “crença central” seja elaborada para surgir o efeito especulativo de gerenciamento que faz um indivíduo significar seu agir e comportamento em sociedade.

O sofrimento do paciente, pode sim, indicar um vício do acesso da estrutura disfuncional percebida como um pensamento automático que é ativado recorrentemente, no qual casos específicos podem ser tratados segundo este modelo de pensamento. Assim como relata Beck, é fundamental minar o poder de influência do pensamento automático que leva o paciente a praticar a ação que lhe remete ao sofrimento, afetação negativa, dor, pesar, depressão, ansiedade ou angústia.

Beck pode ser a chave, como estudo, para o desenvolvimento da psicologia, outras áreas humanas e princípios neurocientíficos que possam orientar como os pensamentos são formados dentro do cérebro humano. É uma contribuição bastante significativa, embora o conteúdo burocrático prive muitos pacientes de correspondência ao tratamento devido a exigência excessiva em torno de correspondência aos processos de psicoeducação.