



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROCESSOS INTERATIVOS DOS
ÓRGÃOS E SISTEMAS**

**AVALIAÇÃO DO USO DO REGISTRO DE PENSAMENTOS BASEADO NO
“PROCESSO” NA REESTRUTURAÇÃO DE CRENÇAS NUCLEARES**

Salvador
2013

CURT HEMANNY MENEZES SANTOS

**AVALIAÇÃO DO USO DO REGISTRO DE PENSAMENTOS BASEADO NO
“PROCESSO” NA REESTRUTURAÇÃO DE CRENÇAS NUCLEARES**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Bahia.

Orientador: Prof. Irismar Reis de Oliveira

**Salvador
2013**

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Universitária de Saúde,
SIBI - UFBA.

S237 Santos, Curt Hemanny Menezes

Avaliação do uso do registro de pensamentos baseado no
“processo” na reestruturação de crenças nucleares / Curt
Hemanny – Salvador, 2013.

109 f.

Orientador: Prof. Dr. Irismar Reis de Oliveira.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia.
Instituto de Ciências da Saúde, 2010.

1. Transtornos Mentais. 2. Terapia Cognitivo-
Comportamental. 3. Terapia Cognitiva Processual. 4. Crenças
Nucleares. I. Oliveira, Irismar Reis de. II. Universidade Federal
da Bahia. III. Título.

CDU 616.89

CURT HEMANNY MENEZES SANTOS

**AVALIAÇÃO DO USO DO REGISTRO DE PENSAMENTOS BASEADO NO
“PROCESSO” NA REESTRUTURAÇÃO DE CRENÇAS NUCLEARES**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Bahia.

Aprovada em 9 de dezembro de 2013

Banca Examinadora

Irismar Reis de Oliveira - Orientador _____

Livre Docente em Medicina pela Universidade Federal da Bahia
Universidade Federal da Bahia.

Ana Lúcia Ulian _____

Doutora em Psicologia pela Universidade de São Paulo
Universidade Federal da Bahia.

Ricardo Wainer _____

Doutor em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Mesmo no caso de a esperança ser muito
pequena, não tenho o direito de não usar
as minhas possibilidades.

Franz Kafka

AGRADECIMENTOS

Muitas foram as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram e contribuem em minha jornada na Psicologia. É impossível citar todos, mas igualmente impossível não citar alguns.

Agradeço, inicialmente, a meu pai que, pelos vários questionamentos que me fazia a respeito de tudo, ensinou-me a ter curiosidade pelo mundo e a fazer perguntas sobre ele. À minha mãe, que me ensinou e manteve meu comportamento voltado aos estudos. Ao meu irmão, por dividir comigo essa família e por caminharmos juntos com curiosidade sobre as coisas. Este trabalho também é o resultado da aprendizagem familiar.

Agradeço aos meus colegas e amigos de mestrado, com quem aprendi saberes de outras áreas das ciências da saúde: Farmácia, Odontologia, Enfermagem, Biologia, Medicina, Nutrição, Fonoaudiologia, Fisioterapia e Radiologia. Em especial, aos meus amigos Alana, Bete, Carlos, Iorrana e Rita.

Ao mestre e amigo Sandro Iêgo, cuja participação em minha vida acadêmica se estendeu para além da sala de aula, contribuindo para meu crescimento pessoal e que me possibilitou, pela primeira vez, adentrar o universo científico.

Ao professor William Dunningham, a quem muito admiro pela grandiosíssima importância que tem em minha vida, possibilitando-me crescimento profissional, científico e pessoal, além de ser um grande modelo a ser seguido.

Ao PPgPIOS, particularmente ao professor Roberto Paulo, pela confiança depositada e pelas recomendações para nos esforçarmos ao máximo num ambiente tão rico em multidisciplinaridade.

À professora Mônica Nascimento, por prontamente aceitar participar da qualificação deste trabalho, pelas precisas contribuições, por sua simpatia e por seu conhecimento.

Ao professor Eduardo Pondé, pela presença constante durante o mestrado e por quem tenho profundo respeito e admiração.

À professora Amanda Galvão, pelas palavras apoio e confiança e pela disponibilidade em participar das avaliações desta dissertação.

Ao professor Ricardo Wainer, pela disponibilidade em ser um dos avaliadores deste trabalho e pelos valiosos conhecimentos em terapia cognitivo-comportamental.

À professora Ana Lúcia Ulian, pelo carinho permanente, pelas contribuições valiosíssimas e por contribuir de forma ímpar para aumentar meus conhecimentos relativos à análise do comportamento e à difícil arte de ser terapeuta.

Ao meu orientador Irismar, cujas palavras serão poucas para descrever minha tamanha admiração, gratidão e honra por ser seu orientando, além de ser alguém cujo compromisso científico é notório, inspirando a quem o vê atuando. Meu muitíssimo obrigado.

Finalizando, agradeço a Deus por todas as oportunidades e por ter me possibilitado aprender.

HEMANNY, CURT. *Avaliação do uso do registro de pensamentos baseado no “processo” na reestruturação de crenças nucleares*. 109 f. 2013. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia, 2013.

RESUMO

Introdução: A Terapia Cognitiva Processual (TCP) é um modelo de terapia modificado a partir da Terapia Cognitiva (TC). Uma das principais técnicas da TCP é o Registro de Pensamento Baseado no Processo (RPBP) ou simplesmente “Processo”, aplicado durante uma ou mais sessões. Trata-se de um registro com 7 colunas ou etapas, no qual o cliente simula um processo jurídico; nele coloca sua crença nuclear negativa em julgamento, que consiste numa crença absoluta sobre si mesmo e responsável pelos sintomas. Ao longo do uso desta técnica, o paciente assume ativamente as figuras de promotoria, advogado de defesa e júri, promovendo um diálogo consigo mesmo. Ele pode fazer isso sentado em diferentes cadeiras para falar com outra figura do júri (modo cadeira vazia) ou pode fazer sem essa mudança de cadeiras (modo estático). Em cada etapa, são avaliados o quanto acredita em sua crença nuclear e a intensidade da emoção associada, acessados na primeira coluna. **Objetivo:** Avaliar a efetividade do uso do Processo na redução do crédito dado às crenças nucleares negativas e na redução da intensidade das emoções correspondentes. **Métodos:** O Processo foi aplicado em pacientes (n=166) com vários transtornos mentais para acessar e modificar suas crenças nucleares e emoções correspondentes. Terapeutas treinados em TCP (n=32) aplicaram o procedimento no decorrer de uma sessão, e puderam ser divididos em grupos de terapeutas experientes e menos experientes com relação ao uso da técnica. O local de aplicação foi o consultório público ou privado dos terapeutas de diferentes cidades do Brasil. **Resultados:** Houve significativa redução no crédito dado às crenças nucleares negativas após a aplicação do Processo. Reduções ocorreram entre a primeira e a segunda alegação do advogado de defesa, bem como após o veredito do júri, em comparação com a fase de investigação. Não houve diferença de resultados entre pacientes tratados por terapeutas experientes ou menos experientes. Os resultados dos pacientes submetidos ao Processo no modo estático não foram estatisticamente diferentes daqueles submetidos ao Processo no modo cadeira-vazia. **Conclusões:** O processo pode ajudar os pacientes, pelo menos temporariamente, a reduzir o crédito dado às suas crenças nucleares negativas e a intensidade das emoções correspondentes. Os resultados mostram que o Processo é promissor como estratégia de intervenção em vários transtornos mentais. Aspectos teóricos e correlações com outros estudos são discutidos.

Palavras-chave: Crenças nucleares; Terapia Cognitiva Processual; Terapia Cognitiva; Reestruturação Cognitiva; Registro de Pensamento Baseado no Processo.

HEMANNY, CURT. *Evaluation of the use of trial-based thought record in restructuring core beliefs*. 109 p. 2013. Thesis (Masters Degree) – Institute of Health Sciences, Federal University of Bahia, 2013.

ABSTRACT

Introduction: The Trial-based Cognitive Therapy (TBCT) is a type of therapy modified from the Cognitive Therapy (CT). One of the most important techniques of the TBCT is the Trial-Based Thought Record, or simply “Trial”, that is applied during one or two sessions. It is a record containing 7 columns or steps, in which the client simulates a legal trial in which his core beliefs are put upon judgement. These core beliefs are absolute beliefs about himself and are also responsible for the symptoms. Throughout the use of this technique, the patient actively takes over the role of the prosecutor, defense attorney and jury, promoting a dialog with himself. He can do that by sitting in different chairs to speak with different people from the jury (empty-chair mode) or he can do that by not changing the seat he is in (estatic mode). In each step it is evaluated how much does he consider his core belief and the intensity of the emotion associated with it. **Objective:** To evaluate the effectiveness of using the “Trial” in the reduction of the credit given to the negative core beliefs and the reduction of the correspondent emotions. **Method:** The Trial was used with patients (n=166) with several different mental disorders to access and modify their core beliefs and correspondent emotions. TBCT trained therapists (n=32) applied the procedure during one therapy session and were divided into groups of more or less experienced therapists with the usage of the technique. They applied the Trial inside the public and private clinics of these different therapists throughout Brazil. **Results:** There was significant reduction on the credit given to the negative core beliefs after the application of the use of the Process. Reductions happend between the first and the second plea from the defense attorney, as well as after the jury verdict, compared to the fase of investigation. There were no differences between the results from the patients treated by an experienced therapist than from those with less experience. The results of the patients submitted to the Trial by the estatic mode were not statistically different from those submitted to the Trial by the empty-chair mode. **Conclusion:** The Trial can help the patients, at least temporarily, to reduce the credit given to their core beliefs and the intensity of the corresponding emotions. The results show that the Trial is promising as an strategy of intervention in several different mental disorders. Theoretical aspects and correlations with other studies were discussed.

Key-Words: Core Beliefs; Trial-based Cognitve Therapy; Cognitive Therapy, Cognitive Reestructure; Trial-Based Thought Record.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Modelo cognitivo: interações entre os pensamentos automáticos, pressupostos e crenças	21
Quadro 1	Registro de Pensamentos Disfuncionais (RPD)	39
Quadro 2	Registro de Pensamentos Baseados na Reversão de Sentença (RPBRS)	44
Quadro 3	“Processo”. Registro de Pensamentos Baseado no Processo (RPBP).	46
Tabela 1	Características sociodemográficas e clínicas da amostra	62
Tabela 2	Médias dos grupos após cada etapa do Processo	63
Gráfico 1	Resultados do primeiro uso do Processo em 166 pacientes	64

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CN	Crença Nuclear
IT	Intenção de Tratar
LOCF	Last Observation Carried Forward
RPD	Registro de Pensamentos Disfuncionais
RPBP	Registro de Pensamento Baseado no Processo
RPBRS	Registro de Pensamento Baseado na Reversão de Sentença
TC	Terapia Cognitiva
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCP	Terapia Cognitiva Processual

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
2	TEORIA COGNITIVA.	17
2.1	DISTORÇÕES COGNITIVAS.	18
2.2	PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS	18
2.3	PRESSUPOSTOS SUBJACENTES	19
2.4	CRENÇAS NUCLEARES	19
2.5	ESQUEMAS COGNITIVOS	20
3	OUTROS MODELOS EXPLICATIVOS DA MUDANÇA DE COMPORTAMENTO	23
4	DAS TERAPIAS COMPORTAMENTAIS ÀS COGNITIVO- COMPORTAMENTAIS	27
5	MODELOS DE TERAPIAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS	31
5.1	TERAPIA RACIONAL EMOTIVA COMPORTAMENTAL	31
5.2	TERAPIA DE ACEITAÇÃO E COMPROMISSO	32
5.3	OUTRAS TCC	32
6	TERAPIA COGNITIVA	35
7	TÉCNICAS COGNITIVAS	37
7.1	REGISTRO DE PENSAMENTOS DISFUNCIONAIS	37
8	TERAPIA COGNITIVA PROCESSUAL	41
8.1	REGISTRO DE PENSAMENTOS BASEADO NA REVERSÃO DE SENTENÇA	42
8.2	ORIGEM DO PROCESSO	45
8.3	DESCRIÇÃO DO “PROCESSO”	45
9	EFICÁCIA DAS TERAPIAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS	51
10	OBJETIVOS	53
11	MÉTODO	55
11.1	DESENHO DO ESTUDO	55
11.2	POPULAÇÃO	55
11.2.1	Amostra	55

11.2.2	Psicoterapeutas	56
11.3	INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	56
11.3.1	Unidades Subjetivas de Desconforto (SUDS)	56
11.3.2	Questionário de Distorções Cognitivas (CD-QUEST)	56
11.3.3	Inventário de Depressão de Beck (BDI)	57
11.3.4	Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)	57
11.4	PROCEDIMENTOS	57
11.5	DESCRIÇÃO DA TÉCNICA	58
11.6	ANÁLISE ESTATÍSTICA	58
11.7	HIPÓTESES	59
11.8	ASPECTOS ÉTICOS	59
12	RESULTADOS	61
13	DISCUSSÃO	67
14	CONCLUSÕES	76
	REFERÊNCIAS	78
	ANEXOS	84
	ANEXO A - ARTIGO PUBLICADO	85
	ANEXO B - FORMULÁRIO ELETRÔNICO PARA COLETA DOS DADOS	94
	ANEXO C - QUESTIONÁRIO DE DISTORÇÕES COGNITIVAS (CD-QUEST)	97
	ANEXO D - INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK (BDI)	104
	ANEXO E - INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK (BAI)	108
	ANEXO F - PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP	109

INTRODUÇÃO



1 INTRODUÇÃO

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é um conjunto de modalidades de psicoterapia que tem mostrado eficácia no tratamento dos mais diversos transtornos mentais. (BECK, 2005; HOFMANN; ASMUNDSON; BECK, 2013) Em sua maior parte, as psicoterapias são baseadas na Teoria Cognitiva, que preconiza a cognição humana como a função mediadora entre o organismo e o ambiente. (BECK; ALFORD, 2000)

Durante as últimas décadas, vários modelos de TCC surgiram para o tratamento dos transtornos mentais. Cada um deles, embora em sua maioria baseada em pressupostos cognitivistas, tem referenciais teóricos muitas vezes distintos e se propõe a modificar as cognições, comportamentos e emoções. Cada modalidade de terapia conta com um conjunto de procedimentos e técnicas particulares a serem utilizados na prática clínica em benefício dos clientes, a depender do problema clínico apresentado. (DOBSON; DOZOIS, 2010)

As TCC têm como principal referencial teórico o modelo cognitivo de Aaron Beck, origem da Terapia Cognitiva (TC). Para esse modelo, a cognição humana é a principal mediadora do organismo com o ambiente: aquilo que o indivíduo pensa sobre si mesmo, sobre o mundo e sobre o futuro, determinando a forma como ele irá agir.

A cognição humana é constituída de pensamentos automáticos, pressupostos subjacentes, crenças nucleares e esquemas, construídos ao longo da história de vida do sujeito. (DOBSON; DOZOIS, 2010)

Dentre as TCC, a Terapia Cognitiva Processual (TCP) é um modelo baseado no referencial teórico da Teoria Cognitiva desenvolvida por Aaron Beck. Criada e desenvolvida por Irismar Reis de Oliveira (2011b), a TCP consiste numa abordagem onde o cliente é ativamente encorajado a descobrir suas crenças nucleares e desafiá-las por analogia ou simulação de um processo jurídico. Ele é levado a encarar suas crenças nucleares, determinantes na manifestação dos sintomas dos transtornos mentais, como autoacusações muitas vezes infundadas ou distorcidas. Durante a TCP, o cliente assume as diferentes funções de um júri: Promotoria ou Advogado de Acusação, Advogado de Defesa, Juiz e Jurado. Uma vez descoberta sua autoacusação (crença nuclear), ele assume os papeis do Júri, num diálogo consigo mesmo, que o leva a modificar suas autoacusações e a inocentar-se, isto é,

a construir uma crença nuclear mais adaptativa e responsável pela redução dos sintomas. (DE OLIVEIRA, 2011; 2012a)

Assim, a principal técnica da TCP é a que caracteriza a simulação do processo jurídico. Trata-se do Registro de Pensamento Baseado no Processo (RPBP), chamada simplesmente Processo. O objetivo desta técnica, ao simular os diferentes papéis, é acessar a crença nuclear negativa (autoacusações), levantar evidências que a sustentem (o paciente assume a função de Promotor ou Advogado de Acusação), evidências que não a sustentam (o paciente assume a função de Advogado de Defesa), análise dos diálogos e evidências entre a acusação e a defesa (função dos Jurados) e análise e construção de uma nova crença. Com isso, o cliente passa a acreditar menos na sua crença nuclear negativa e, ao mesmo tempo, constroi uma crença nuclear positiva, promovendo a redução dos sintomas. Ao longo da aplicação da técnica, o paciente é questionado sobre o quanto acredita em sua crença nuclear, bem como qual emoção a crença provoca e qual sua intensidade. Ao fim, espera-se que haja uma redução de crédito dado à crença (paciente passa a acreditar menos em sua crença) e, com isso, menos intensidade da emoção a ela associada. (DE OLIVEIRA, 2008; DE OLIVEIRA et al., 2012)

Desse modo, o Processo parece ser promissor na redução das crenças nucleares e das emoções associadas, como foi demonstrado em outros estudos (DE OLIVEIRA, 2012b); trata-se, portanto, de uma técnica promissora para utilização em larga escala na Psicoterapia.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA



2 TEORIA COGNITIVA

Esta teoria foi desenvolvida a partir de 1960, pelo psiquiatra e psicanalista Aaron Beck, por meio de estudos experimentais sobre a teoria freudiana da depressão que, segundo ele, consistia numa agressividade do indivíduo dirigida a ele mesmo. Beck concluiu que os pensamentos e sonhos dos pacientes, ao contrário do postulado pela Psicanálise, pareciam ser o resultado de interpretações distorcidas dos fatos ou distorções cognitivas. Assim, afastou-se do modelo freudiano e lançou as bases para a TC, focando problemas presentes. (KNAPP; BECK, 2008)

Várias foram as influências para Beck formular sua teoria, além da Psicanálise. A Psicologia Cognitiva que estudava, entre outros aspectos, a percepção, atenção, memória, linguagem e processamento de informação, foi importante, bem como ideias cognitivistas de Piaget e Bandura; o modelo behaviorista da modificação do comportamento influenciou, principalmente, a estrutura da terapia. É importante destacar que, em alguns aspectos da explicação do comportamento, a Teoria Cognitiva de Beck utiliza os paradigmas behavioristas; este é o caso do condicionamento respondente e comportamento operante, sendo o último proposto por Skinner (1969), no qual um comportamento é selecionado por suas consequências. A TC diz ser capaz de integrar os modelos cognitivos e behavioristas na explicação e no tratamento de alguns transtornos mentais, particularmente o Transtorno do Pânico. (BECK; ALFORD, 2000; STENBERG; 2000; LOURENÇO; PADOVANI; 2013)

Ainda, a Teoria Cognitiva postula que a forma como as pessoas pensam sobre si mesmas influencia suas emoções, sentimentos e comportamentos. Os indivíduos percebem o mundo, percebem a si mesmos e o futuro (a percepção desses três fatores é chamada de tríade cognitiva). As pessoas são afetadas não pelos fatos, mas pela percepção ou interpretação dos fatos. Em termos filosóficos, esta posição tem base estoicista. (BECK et al., 1997; KNAPP; BECK, 2008) Ademais, o comportamento humano é explicado a partir do processamento de informação ou atribuição de significado. A partir de uma dada situação, o indivíduo processa informações e as conceitua. Cada indivíduo conceitua as situações de forma idiossincrática. De certa forma, o sujeito cria uma teoria sobre a situação. Ele a interpreta e lhe atribui significado, de modo que a Teoria Cognitiva é uma “teoria

de teorias”, no sentido de que ela descreve os processos pelos quais os sujeitos teorizam a realidade. (BECK; ALFORD, 2000)

A função mediacional da cognição é central na TCC e é fundamentada na proposição de que a atividade cognitiva afeta o comportamento. No princípio das teorizações sobre o cognitivismo, nos anos de 1960, essa função mediadora já era notada e já existem evidências de que a avaliação cognitiva dos eventos pode afetar a resposta a eles; assim, clinicamente, os pacientes se beneficiam com as mudanças do conteúdo dessas avaliações: por exemplo, diante de uma situação, o indivíduo pode dizer “Maria não gosta de mim, ela nem falou comigo direito” e, com isto, sentir-se triste. Em seguida, pode ser estimulado a pensar de modo alternativo e mais baseado em evidências: “Bom, me falaram que ela está bastante atarefada hoje e, realmente, pode não ter me visto ou não ter tido tempo de falar comigo direito.” (DOBSON; DOZOIS, 2010)

2.1 DISTORÇÕES COGNITIVAS

São pensamentos considerados incorretos em relação a algo. Eles ocorrem quando o indivíduo, ao atribuir significado a algo, o faz com algum erro de conteúdo e, como tal, esses pensamentos são disfuncionais ou mal adaptativos. As distorções são a base para a predisposição de psicopatologias. (BECK; ALFORD, 2000) Geralmente, as distorções são pensamentos automáticos e são classificados de acordo com o erro. Por exemplo, existem distorções do tipo tudo ou nada, na qual uma situação é vista apenas com duas possibilidades: “Se eu não acertar, serei um fracassado” - catastrofização, onde o indivíduo prevê o futuro de forma desastrosa; e “leitura mental”, quando o indivíduo imagina saber o que os outros estão pensando sobre ele; dentre outras distorções. (BECK, 1997; TEIXEIRA, 2004; DE OLIVEIRA, 2012b)

2.2 PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS

Os pensamentos automáticos são os primeiros pensamentos evocados ao se defrontar com dada situação ou experiência; são considerados o primeiro nível ou o nível mais superficial da cognição. O termo automático provém da sua ocorrência sem esforço aparente do sujeito. O psicoterapeuta pode chamar atenção para eles

com perguntas do tipo: “O que passou pela sua cabeça naquele momento?” ou “O que passou pela sua cabeça agora?”. Os clientes costumam responder de acordo com suas experiências prévias e seu quadro psicopatológico. Por exemplo, num paciente deprimido, quando lhe é solicitada uma tarefa, ele pode pensar imediatamente algo do tipo: “Não vou conseguir dar conta deste trabalho.” (DE OLIVEIRA, 2012a)

2.3 PRESSUPOSTOS SUBJACENTES

Também chamados de crenças intermediárias, atitudes ou suposições, os pensamentos subjacentes caracterizam-se como pensamentos condicionais, muitas vezes do tipo “Se... então” ou “Deveria...”, ou regras que descrevem a atitude a ser tomada pelo sujeito, por exemplo: “Se eu trabalhar arduamente, posso ser capaz de fazer algumas coisas que outras pessoas fazem facilmente.” (BECK, 1997)

2.4 CRENÇAS NUCLEARES

As crenças nucleares, ou centrais, são crenças ou suposições absolutas e inflexíveis que as pessoas têm sobre si mesmas, sobre o mundo e sobre o futuro (tríade cognitiva), as quais se desenvolvem ao longo da história de vida, a partir das experiências. Elas são responsáveis por influenciar as cognições, emoções e comportamentos dos indivíduos. Uma dada experiência será percebida e atribuída de significado a partir de determinada crença. Assim sendo, um indivíduo com a crença “Eu sou um fracasso” ou “Eu sou incompetente” poderá ter pensamentos de que não é capaz de realizar certas atividades, sentir-se-á triste ou ansioso em experiências de desempenho e ter comportamentos de evitar situações específicas. (BECK, 1997; DE OLIVEIRA, 2012b; WENZEL, 2012)

Continuando, o sujeito costuma não questionar suas crenças e elas representam o modo como as coisas são, logo, absolutas. Ainda, elas podem estar ativadas ou inativadas. Diz-se que as crenças patológicas estão ativadas quando os pacientes se encontram em estados psicopatológicos. Isso porque para a Teoria Cognitiva as crenças controlam pensamentos, emoções e comportamentos. Se um paciente está com algum transtorno depressivo, por exemplo, seus sintomas podem ser o resultado de uma crença nuclear negativa ativada. É importante dizer que as

crenças podem não estar conscientes para o indivíduo e podem ser acessadas a partir da técnica chamada de Seta Descendente ou Flecha Descendente. Esta técnica parte de uma dada situação trazida pelo cliente e, a partir dela, o terapeuta faz perguntas sobre o significado que o sujeito dá à situação ou ao pensamento. Os termos “flecha” ou “seta” são utilizados pelo terapeuta para mostrar ao cliente a conexão dos pensamentos automáticos com os pensamentos mais profundos, até chegar à crença nuclear. Esta, geralmente é representada por frases do tipo “Sou...”. Como exemplos de perguntas, o terapeuta questiona o que o pensamento automático “Se eu não conseguir usar drogas, não conseguirei conviver com as pessoas” significa sobre o cliente e este pode dizer “Significa que não conseguirei amigos”. Em seguida, o terapeuta pode perguntar, caso isso acontecesse, o que significaria não conseguir amigos, diante do que o cliente pode finalmente dizer “Significa que eu sou um fracasso” (crença nuclear), o que é acompanhado, geralmente, por mobilização emocional. (BURNS, 1980; SILVA, 2004) Finalizando, as crenças nucleares são positivas ou negativas, não no sentido moral, mas no sentido de prejuízo ou sofrimento para os que agem de acordo com elas. Uma crença positiva é uma descrição realística de si, dos outros e do futuro e que controla pensamentos, emoções e comportamentos de enfrentamento diante das situações, ao contrário das crenças negativas, que são geradoras de sofrimento, mal-adaptativas e disfuncionais. (DE OLIVEIRA, 2011).

A mudança nas cognições e, conseqüentemente, nos comportamentos, pode ser realizada pelo questionamento dos pensamentos automáticos. No entanto, a mudança duradoura ocorre quando se modificam as crenças nucleares por meio de procedimentos de reestruturação cognitiva de crenças nucleares, como é o caso do Registro de Pensamento Baseado no Processo, que será visto adiante. (DE OLIVEIRA, 2008; WENZEL; BROWN; CARLIN, 2011)

2.5 ESQUEMAS COGNITIVOS

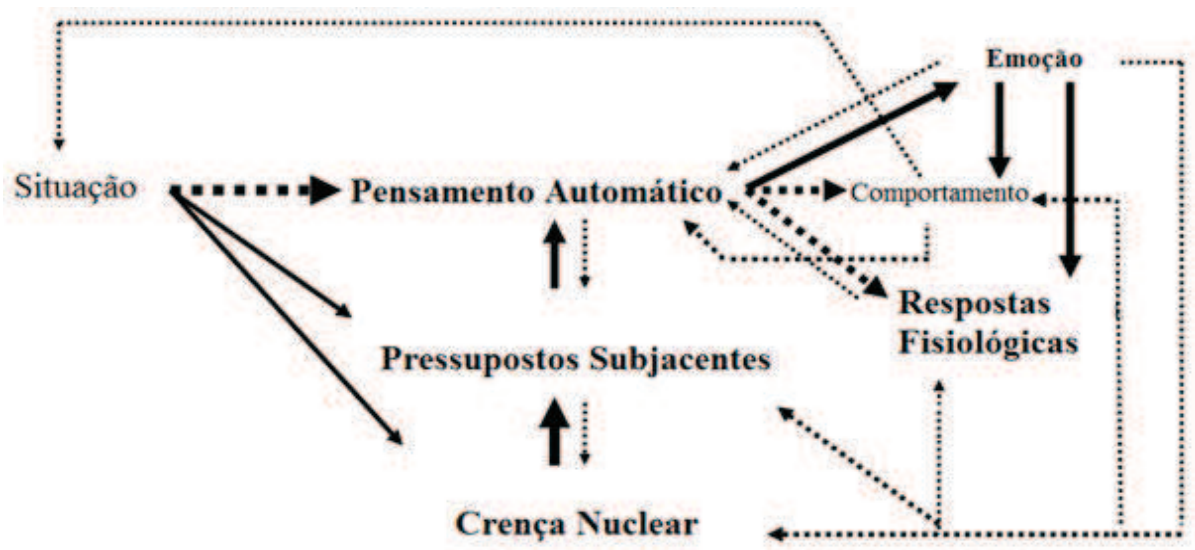
Alguns autores consideram as crenças nucleares como esquemas. (KNAPP; BECK, 2008) Outros autores as definem como estruturas cognitivas, compostas por várias crenças relacionadas, cuja função é organizar e processar as informações de entrada. Ainda, elas representam os padrões organizados de pensamento, adquiridos no início do desenvolvimento de um indivíduo e desenvolvido com o

acúmulo de experiências ao longo da vida. Esses padrões determinam como as informações serão conceitualizadas. Indivíduos bem ajustados têm esquemas que permitem avaliações realísticas a respeito dos eventos da vida, enquanto os esquemas de indivíduos mal-ajustados provocam percepções distorcidas, resoluções falhas dos problemas e desordens psicológicas. (BECK; ALFORD, 2000)

Em sujeitos com depressão, haveria uma tríade cognitiva levando a uma visão distorcida sobre si, sobre o mundo e sobre o futuro. Por exemplo: “Eu sou um fracasso”; “O mundo é duro” e “O futuro é sem esperança”. (DOBSON; DOZOIS, 2010)

Como pode ser observado na Figura 1 a seguir, diante de uma dada situação, o sujeito apresenta um pensamento automático. Esse pensamento pode ser distorcido e, assim sendo, classificado como uma Distorção Cognitiva; ele pode ser resultado de processos cognitivos mais profundos, como é o caso dos pressupostos subjacentes e crenças nucleares. Assim, observa-se que há uma interação entre a crença nuclear e os pensamentos automáticos. A seguir, pode-se observar que o pensamento automático influencia, por sua vez, comportamentos, emoções e respostas fisiológicas que podem retroagir e manter os aspectos cognitivos. Nesse paradigma cognitivista, pode-se observar que, entre a situação estimuladora e a resposta comportamental, existe a mediação do organismo ou a mediação cognitiva.

Figura 1 - Modelo cognitivo: interações entre os pensamentos automáticos, pressupostos e crenças



Fonte: Adaptado de De Oliveira (2012a).

OUTROS MODELOS EXPLICATIVOS DA MUDANÇA DE COMPORTAMENTO



3 OUTROS MODELOS EXPLICATIVOS DA MUDANÇA DE COMPORTAMENTO

Existem várias formas de explicar um fenômeno. Assim sendo, a mudança cognitiva é um fenômeno clínico, porém, passível de outras interpretações teóricas. (CATANIA, 1999) Não se tem o objetivo aqui de afirmar quais interpretações são as corretas ou mais embasadas, porém, de demonstrar importantes pontos de vista teóricos alternativos com relação a um mesmo fenômeno, que não podem ser ignorados.

Ainda no que diz respeito à mudança de comportamento, existem duas formas possíveis de explicá-la para os teóricos cognitivo-comportamentais. Numa delas, o comportamento pode ser alterado por contingências de reforçamento¹. Outra forma de origem cognitivista diz respeito à modificação do comportamento por outros métodos, a saber, a mudança cognitiva. Os teóricos cognitivo-comportamentais admitem ambas as explicações, mas estão mais suscetíveis a enfatizar o método de modificação cognitiva. (BECK; ALFORD, 2000; DOBSON; DOZOIS, 2010)

Por outro lado, enquanto a inferência da atividade cognitiva é aceita, é difícil demonstrar a hipótese de que as mudanças cognitivas mediam as mudanças comportamentais. Por exemplo, uma pessoa com fobia que só se aproxima até determinada distância de um objeto amedrontador pode ser tratado com a dessensibilização sistemática (que consiste numa aproximação e exposição gradual ao objeto temido). Após o procedimento, poderá se aproximar do objeto temido sem sentir medo ou pelo menos com intensidade bem menor. Isso torna difícil a inferência da mediação cognitiva na mudança comportamental; na melhor das hipóteses, apresenta-se desnecessária e, na pior, supérflua. (DOBSON; DOZOIS, 2010)

Um dos pressupostos da mudança comportamental, do ponto de vista das TCC, é que a mudança no comportamento é mediada pela cognição. (BECK; ALFORD, 2000). No entanto, a cognição, para autores behavioristas, também é um comportamento, mais especificamente, comportamento verbal. Entretanto, é um comportamento diferenciado, pois pode modificar a função de outros eventos simbolicamente e essa mudança ocorre em relação a um contexto. Em outras

¹ Contingências de reforçamento: são as interrelações entre a ocasião na qual uma resposta do organismo ocorre, a própria resposta e suas consequências reforçadoras (SKINNER, 1969)

palavras, a cognição é uma das formas da atividade humana e, como tal, é uma variável dependente. (WILSON; HAYES; GIFFORD, 1997)

Ainda segundo o modelo behaviorista radical, o comportamento humano é uma relação entre o organismo e o mundo. Tudo que o organismo faz é comportamento. Há várias categorias de comportamento, mas para fins desta pesquisa, é importante citar apenas os comportamentos abertos (públicos) e encobertos (privados). Alguns comportamentos são observáveis ou sentidos apenas pela própria pessoa que se comporta, por estarem dentro de seu organismo. São os chamados comportamentos encobertos e dizem respeito aos pensamentos, emoções e outros eventos que só o indivíduo tem acesso. (SKINNER, 2003; 2006) Portanto, quando um paciente pensa “Eu sou um fracasso”, tem-se um pensamento e, como tal, um comportamento privado. Quando esse mesmo paciente diz para o terapeuta o seu pensamento “Eu sou um fracasso”, temos um evento privado que se tornou público, unicamente devido à acessibilidade que, se antes era apenas do indivíduo, agora passou a ter acesso por parte de quem o ouve. Cabe destacar que o terapeuta não ouviu ou viu o pensamento em si, mas teve acesso apenas à sua manifestação pública, seja pelo que o cliente falou ou pelo que ele escreveu num papel, por exemplo. Disso resulta a dificuldade em mensurar comportamentos privados. (CATANIA, 1999)

Ainda nesse modelo, para completar o entendimento sobre os eventos privados, especificamente as cognições, é necessário descrever outro tipo de comportamento, o verbal. Este é o comportamento mediado por um ouvinte e o indivíduo pode ser ouvinte de si mesmo. (SKINNER, 1978) Nesse sentido, o indivíduo pode falar para si próprio (um pensamento) “Se eu não me esforçar ao máximo, não conseguirei fazer o trabalho com perfeição”. O comportamento verbal também é classificado de acordo com seus determinantes, portanto, poderia ser um pressuposto subjacente para o cognitivismo ou uma regra para o behaviorismo radical, pois descreve o comportamento e suas consequências. Também, pode-se pensar nas crenças sobre si mesmo como regras ou descrições de si mesmo, baseadas em algumas situações, por exemplo, “Sou um fracasso”.

Ressalta-se ainda que o comportamento verbal, um dos principais componentes da cognição (WILSON; HAYES; GIFFORD, 1997), é importante para modificar a função de estímulos e situações que o indivíduo vivencia. Assim, as perguntas que o terapeuta cognitivo-comportamental faz, como: “Quais as

evidências de que sua crença é verdadeira?” ou “Qual interpretação alternativa?” aumentam a probabilidade de o cliente emitir outro comportamento verbal encoberto (e torná-lo público para o terapeuta) sob controle de outros estímulos. Este comportamento verbal pode produzir consequências emocionais menos aversivas e, inclusive, outros comportamentos públicos. Como exemplo, uma cliente pode pensar (e dizer), sob controle de alguma propriedade dos estímulos presentes em sua relação com seu marido, que: “Meu marido não gosta de mim”. Após ajuda terapêutica, essa cliente pode observar outros estímulos presentes em sua relação e começar a dizer “Meu marido gosta de mim”. Em linguagem cognitivista, seria dito que ela interpretou ou atribuiu um significado diferente à mesma situação. Porém, ainda sob o paradigma comportamentalista, ver-se-ia que um comportamento pode estar sob controle de um estímulo mas, especificamente no que diz respeito ao comportamento verbal, este controle é menos preciso. (MEYER, 2000) Observa-se, então, que a própria definição de comportamento varia ao longo das terapias, o que não impede o uso de procedimentos terapêuticos com finalidades semelhantes.

Para alguns teóricos, a hipótese mediacional pressupõe que uma mudança cognitiva leva a uma mudança comportamental. Dessa forma, a mudança de comportamento é uma medida indireta da mudança de cognição; diz-se indireta porque esta é de difícil mensuração, enquanto o comportamento é observável. (DOBSON; DOZOIS, 2010) Com isto se quer dizer que parece ser difícil demonstrar a modificação da cognição diretamente. Por exemplo, uma pessoa com fobia a aranhas, ao ser submetida apenas à exposição, sem nenhum procedimento específico de mudança cognitiva, poderá ter uma mudança na expectativa de dano, ou seja, uma variável cognitiva, o que leva à questão: realizar uma mudança cognitiva (expectativa do dano) mediará uma mudança nos sintomas (medo de aranha?). (HOFMANN; ASMUNDSON; BECK, 2013) Num estudo sobre pacientes com Fobia Social, a variável cognitiva medo de avaliação cognitiva foi reduzida após a mudança cognitiva. (DE OLIVEIRA et al, 2012)



4 DAS TERAPIAS COMPORTAMENTAIS ÀS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS

As TCC surgiram após o momento histórico chamado “revolução cognitiva”, ocorrido na década de 1960. Antes dessa década, o modelo teórico e psicoterapêutico predominante (em oposição ao modelo psicanalítico ou freudiano) era o modelo comportamental. (KNAPP; BECK, 2008)

Até chegar às TCC, muitas mudanças ocorreram. O marco inicial dessa história refere-se a quando Ivan Pavlov começou seus estudos sobre comportamentos reflexos, seguido por John Watson, fundador do primeiro behaviorismo (chamado de metodológico), o qual iniciou estudos de condicionamento em humanos, demonstrando aprendizagem e eliminação de fobias. O paradigma deste behaviorismo era do estímulo-resposta (S->R), onde um estímulo provoca, necessariamente, uma resposta no organismo, por exemplo, som estridente->medo e que quando um estímulo neutro for pareado com um estímulo que provoque algum reflexo, tal estímulo pode adquirir essa mesma propriedade (o que se chama de condicionamento respondente). Nesse período, por volta da década de 1920, Watson iniciou outro modelo teórico, propondo que os comportamentos observáveis fossem o único objeto de estudo da Psicologia. Sendo assim, não havia ênfase nos processos “mentais” ou encobertos do sujeito pesquisado, uma vez que somente pela introspecção seria possível ter acesso aos eventos internos do indivíduo. A introspecção, por outro lado, seria um empecilho à ciência, pois não haveria consenso público do que estivesse sendo estudado. Mais tarde, Skinner (entre 1940 e 1950) reformulou o behaviorismo com base em estudos de laboratório, dando ênfase a um novo termo no paradigma estímulo-resposta. Skinner definiu que se algumas respostas eram influenciadas unicamente pelo estímulo que as antecedia, outras eram influenciadas principalmente pelas consequências que elas produziam. Assim, um organismo agia sobre o mundo, modificava-o e era modificado pelas consequências de suas ações. Este é o paradigma operante (estímulo, resposta e consequência: S-R-C) do então chamado Behaviorismo Radical e da Análise do Comportamento. Apesar de buscar as causas do comportamento fora do organismo, Skinner dava ênfase aos processos encobertos - ou mentais -, e isso viria se concretizar com estudos sobre o Comportamento Verbal, característico dos seres humanos e a base para entender

os processos de pensamento e linguagem. (SKINNER, 1978; COSTA; 2002; BARBOSA; BORBA, 2010)

Os estudos sobre comportamento respondente serviram de base para que outros pesquisadores (por exemplo, Lazarus e Wolpe, na África do Sul, e Eysenk, na Inglaterra) utilizassem as técnicas de condicionamento aplicadas à psicoterapia, donde surgiu o termo Teoria Comportamental, na década de 1950. Cabe lembrar que outros pesquisadores da mesma época utilizaram o mesmo termo para se referir a procedimentos operantes com pacientes psicóticos internados (por exemplo, Eysenk, Lindsley, Skinner e Solomon, nos Estados Unidos). Então, observa-se que a Teoria Comportamental foi caracterizada principalmente pelo paradigma respondente. Somado a isso, os terapeutas comportamentais dessa época começaram a dar maior ênfase aos estímulos ambientais e se distanciaram do estudo clínico dos comportamentos privados. (BARBOSA; BORBA, 2010)

Esses fatores contribuíram para o surgimento do modelo cognitivo aplicado à clínica, muito embora alguns autores, como Lazarus, afirmassem que se baseavam na Terapia Comportamental, mesmo utilizando técnicas clínicas que não se ajustavam tão bem ao modelo comportamental, como é o caso da técnica de imaginação durante a dessensibilização sistemática. Com este mesmo autor, surgiu também a ideia do ecletismo técnico, no qual os procedimentos clínicos, empiricamente validados, devem ser utilizados em benefício dos clientes. A soma disso tudo fragmentou a Teoria Comportamental e deu mais força ao surgimento das TCC. (BARBOSA; BORBA, 2010)

No entanto, devido à suposta ênfase excessiva dada ao ambiente, a pouca atenção dada aos pensamentos, emoções e sentimentos e à influência do behaviorismo de Watson, surgiam pesquisadores, como Albert Bandura, que desenvolveram modelos de aprendizagem por observação (aprendizagem vicariante) e processamento cognitivo. Esses pesquisadores e teóricos enfatizavam que o behaviorismo era limitado, segundo seu ponto de vista, por não dar ênfase aos processos mediacionais para explicar o comportamento humano. Ao final dos anos de 1960, começou a ficar evidente que um modelo não mediacional era insuficiente para explicar o comportamento humano. Outras insatisfações com o modelo comportamental diziam respeito à tentativa de expandir esse modelo aos comportamentos encobertos, isto é, aos pensamentos. (KNAPP; BECK, 2008; BARBOSA; BORBA, 2010)

Outro fator que favoreceu o surgimento das TCC foi o insucesso de procedimentos não cognitivos de alguns problemas, como os pensamentos obsessivos. Com essas mudanças no campo da Psicoterapia e da Psicologia, de modo geral, pesquisas e modelos desenvolveram-se para dar suporte aos modelos cognitivistas. (DOBSON; DOZOIS, 2010)

Após isso, teóricos e psicoterapeutas até então comportamentalistas ou de outras posições teóricas começaram a se identificar como Cognitivo-Comportamentais. Para citar alguns nomes: Aaron Beck, Albert Ellis (psicanalistas), Cautela, Meichenbaum (comportamentalistas) e Mahoney. Nas décadas seguintes, surgiram vários modelos de intervenção que davam ênfase tanto às mudanças comportamentais, quanto à reestruturação cognitiva.

De forma geral, as terapias cognitivo-comportamentais agregam procedimentos que visam a modificar cognição e comportamento. Apesar das discussões entre os aspectos teórico-filosóficos do cognitivismo e do behaviorismo (WILSON; HAYES; GIFFORD, 1997), o que se observa em termos de prática clínica é que há um ecletismo prático; e, mais, que o termo TCC tem sido usado para incluir tanto a TC quanto combinações atóricas de estratégias comportamentais e cognitivas. (BECK, 2005) Os terapeutas cognitivo-comportamentais utilizam, portanto, procedimentos tanto de modificação de comportamento, quanto de cognição, embora possam ter uma postura filosófica ou teórica mais específica. Por fim, os modelos terapêuticos se orientam pelo grau de mudança cognitiva ou comportamental que empregam, a depender do problema clínico. (DATTILIO, 1995; BECK, 2005; DOBSON; DOZOIS, 2010)

A despeito das grandes diferenças teóricas, a aproximação entre as abordagens comportamentais e cognitivas são pertinentes do ponto de vista prático, uma vez que é necessário estudar empiricamente a influência das cognições nos comportamentos públicos (WILSON; HAYES; GRIFFORD, 1997; BARBOSA; BORBA, 2010), o que pode ser observado nas diversas técnicas para mudança de pensamento.



5 MODELOS DE TERAPIAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS

As TCC partilham de bases comuns como a modificação de comportamento e de cognição. Com a aplicação da Teoria Cognitiva à modificação do comportamento, surgiu um arsenal de modelos e técnicas terapêuticas (KNAPP; BECK, 2008), que compartilham três proposições fundamentais: 1) a atividade cognitiva afeta o comportamento; 2) a atividade cognitiva pode ser alterada e modificada; 3) a mudança de comportamentos desejados pode ser efetuada pela mudança cognitiva. (DOBSON; DOZOIS, 2010)

Outra proposição, oriunda de uma abordagem behaviorista radical, diz respeito à “modificação cognitivo-comportamental”, de Kazdin, ao enfatizar que tais modificações abrangem tratamentos que se esforçam por modificar comportamentos públicos ou observáveis, alterando pensamentos, interpretações, suposições e estratégias de resposta. (KAZDIN, 1978 apud DOBSON; DOZOIS, 2010)

A seguir, serão apresentados alguns modelos de TCC. A TC de Beck, cronologicamente surgida após a Terapia Racional Emotiva de Ellis, será abordada num tópico à parte, devido a sua importância prática e pelo fato de que seus fundamentos teóricos guiaram o desenvolvimento de modelos posteriores, como é o caso da Terapia Cognitiva Processual, foco deste trabalho e que também será objeto de um tópico específico.

5.1 TERAPIA RACIONAL EMOTIVO-COMPORTAMENTAL

Para dar uma noção dos vários modelos de TCC, pode-se citar em primeiro lugar a Terapia Racional Emotiva Comportamental (TREC). Foi desenvolvida por Ellis na década de 1960 e baseia-se na proposição de que determinado evento ou experiência pode ativar crenças individuais e gerar consequências emocionais, fisiológicas e comportamentais. O objetivo da TREC é identificar crenças irracionais, questioná-las, desafiá-las e debatê-las lógica e empiricamente para modificá-las. (KNAPP; BECK, 2008)

Mais explicitamente, a partir de determinada crença de um cliente, faz parte desse modelo desafiar ou criticar a crença. Diante de uma crença, o terapeuta argumentaria, com dados da realidade, o exagero ou a distorção do pensamento. Assim, essa argumentação poderia enfraquecer e modificar a crença e,

subsequentemente, os comportamentos influenciados por ela. Para finalizar, esse modelo apresenta diversas técnicas: automonitoramento de pensamentos, *role playing*, imaginação racional emotiva, técnicas de relaxamento, condicionamento operante, dentre outras. (DATTILIO; PADESKY, 1995; KNAPP; BECK, 2008)

5.2 TERAPIA DE ACEITAÇÃO E COMPROMISSO

Um grupo específico de TCC é constituído pelas terapias focadas na aceitação e compromisso (*Acceptance and Commitment Therapy- ACT*), criada por Steve Hayes. Apesar das diferenças, considera-se que a ACT faz parte das TCC, pois ela dá ênfase tanto às avaliações cognitivas, quanto às mudanças de comportamento. Porém, o foco dessa terapia está na utilidade funcional dos diferentes modos de pensar e não nas percepções distorcidas das experiências. Nesse modelo terapêutico, a tomada de ação é a base para a saúde mental. Por outro lado, existe uma ênfase na ação e no pensamento, bem como em outros modelos de TCC. (DOBSON; DOZOIS, 2010; HAYES et al., 2013)

Outro aspecto importante desta abordagem é que a mudança necessária nas cognições não precisa ocorrer no âmbito do pensamento ou do comportamento, mas no da metacognição². Para exemplificar: numa determinada situação, o cliente é levado não a modificar seus pensamentos e comportamentos, mas a aceitar o sofrimento ou a situação presente. A metacognição deve ser mudada de “Esta situação é intolerável. Preciso fazer algo com relação a isso”, para “Esta situação faz parte da vida. Eu posso ver essa situação, mas eu não tenho que modificá-la diretamente.” Segundo este modelo, essa forma de pensar reduz a necessidade que os clientes têm de mudar as situações que provocam sofrimentos repetitivos. (DOBSON; DOZOIS, 2010)

5.3 OUTRAS TCC

Outro modelo de TCC é o Treinamento de Autoinstrução, desenvolvido na década de 1970 por Donald Meichenbaum. Baseia-se na relação entre autoinstrução

² Metacognição: refere-se ao conhecimento que o indivíduo tem sobre seu próprio conhecimento ou suas próprias cognições. Também, é o conhecimento sobre as variáveis que afetam o curso das cognições. (FLAVELL, 1979; SPADA et al. 2008)

verbal e comportamento. Seu objetivo é propor tarefas graduais, modelagem cognitiva e auto-reforço (refletindo sua formação comportamentalista). (KNAPP; BECK, 2008)

Ao longo das décadas seguintes, outros modelos se desenvolveram, ainda que com pressupostos filosóficos divergentes, como é o caso da Terapia Construtivista, idealizada na década de 1980. A seguir, vieram outras abordagens mais conhecidas, como a Terapia do Esquema e a Teoria Comportamental Dialética. (KNAPP; BECK, 2008)



6 TERAPIA COGNITIVA

A Terapia Cognitiva foi criada por Aaron Beck. Originalmente, um psicanalista começou a questionar algumas formulações para compreensão das neuroses, particularmente, as formulações sobre a depressão. (WILLS; 2009)

A Terapia Cognitiva, portanto, é a aplicação da Teoria Cognitiva no tratamento de um caso individual. O terapeuta cognitivista interpretará o paciente de acordo com o modelo cognitivo visto anteriormente na Figura 1. Durante o processo terapêutico, a cognição inclui a identificação de relações complexas entre os eventos, o que facilita a adaptação aos ambientes e suas modificações. (BECK; ALFORD, 2000).

A partir de 1956, Beck procurava apoio empírico para formulações psicodinâmicas da depressão. Os estudos demonstraram o contrário do que as formulações psicanalíticas afirmavam sobre esse transtorno. Segundo a Psicanálise, indivíduos com depressão apresentariam uma necessidade de sofrer, masoquismo ou hostilidade contra eles próprios. Mas, na pesquisa de Beck, foi observado que os pacientes solicitados a realizar atividades ou tarefas num ambiente de laboratório as realizavam. Em outras palavras, os pacientes pareciam melhorar e não resistir a essas tarefas, isto é, não apresentavam necessidade de sofrer, nem de serem hostis consigo mesmos. A conclusão a que se chegou foi a de que os indivíduos com depressão apresentam pensamentos distorcidos com relação às consequências do comportamento, além de uma visão negativa de si (sobre o *self*). Assim, as estratégias de intervenção começaram a ser dirigidas para a modificação das distorções cognitivas e tais estratégias começaram a ser aplicadas em outros transtornos mentais. (BECK; ALFORD, 2000; DOBSON; DOZOIS, 2010; DATTILIO; PADESKY, 1995)

O principal objetivo da TC é substituir as avaliações ou percepções distorcidas sobre as experiências por avaliações mais realísticas e adaptativas. Durante o tratamento, o terapeuta deve ensinar aos pacientes a: monitorar pensamentos automáticos; reconhecer a relação entre pensamento, emoção e comportamento; testar a validade dos pensamentos automáticos (muitas vezes distorcidos); substituir pensamentos distorcidos por percepções mais realísticas e

modificar crenças, pressupostos ou esquemas que predisõem os padrões cognitivos disfuncionais. (WILLS, 2009)

No decorrer do tratamento, uma série de técnicas e procedimentos é realizada. É particular deste modelo a estrutura de cada sessão. Em cada uma delas há uma agenda para discutir os problemas do paciente com vistas ao objetivo geral de tratamento. A relação terapêutica é incentivada e também pode ser utilizada para demonstrar distorções cognitivas interpessoais. Com relação ao terapeuta, este utiliza perguntas para questionar o paciente sobre as evidências de seus pensamentos. Por fim, em cada sessão, o terapeuta usará técnicas específicas, a depender dos problemas clínicos de cada paciente. (KNAPP; BECK, 2008)

7 TÉCNICAS COGNITIVAS

Para a TC, a principal forma de modificar os comportamentos do cliente é por meio de técnicas de reestruturação cognitiva, nas quais se modificam pensamentos automáticos, pressupostos subjacentes e, principalmente, crenças nucleares. (WILLS, 2009; DOBSON e DOZOIS, 2010) Dentro do modelo cognitivo, o questionamento de crenças irracionais é importante para fortalecer atitudes mais adaptadas. (DE OLIVEIRA; PEREIRA, 2004) Por exemplo, ao se mudar as percepções distorcidas e crenças, os comportamentos emocionais também podem mudar, além de outros comportamentos subsequentes, como voltar a trabalhar ou não se esquivar de determinadas situações. Um comentário que se pode fazer é que se não ocorrerem mudanças no nível comportamental público, fica difícil mensurar, a não ser que o cliente comente se houve realmente mudança cognitiva. Para tanto, existem várias outras técnicas utilizadas em TC, inclusive comportamentais, como automonitoramento, ativação comportamental e prevenção de respostas. (GRANT; YOUNG; DERUBEIS, 2005; DERUBEIS et al., 2010) É importante destacar que algumas mudanças de comportamento também ocorrem quando se modifica o comportamento verbal, como é o caso da reestruturação cognitiva. (CATANIA, 1999)

Existem também várias técnicas de reestruturação cognitiva, como diálogo socrático, teste de realidade, mudança de crenças nucleares e, muitas delas, são utilizadas concomitantemente. (ABREU; GUILHARDI, 2004) Uma forma especial de se modificar crenças foi proposta por Beck e colaboradores (1979), por meio da técnica do Registro de Pensamentos Disfuncionais (RPD), onde o paciente deve pensar alternativamente, racionalmente e mais baseado nos fatos diante de um pensamento distorcido, segundo o que o terapeuta o ensinou a identificar, como se verá a seguir.

7.1 REGISTRO DE PENSAMENTOS DISFUNCIONAIS

O RPD é uma técnica que ensina os pacientes a identificar os seus pensamentos automáticos, geralmente disfuncionais, a promover pensamentos alternativos mais racionais e, com isso, a modificar estados de humor. O RPD possui cinco colunas, como pode ser visto no Quadro 1 adiante. (BECK et al., 1979)

Para alguns pacientes, no entanto, os pensamentos alternativos gerados pelo RPD para desafiar a crença nuclear não tinham muita credibilidade e, com isso, não controlavam comportamentos e emoções positivos de forma duradoura. Então, foi proposta a adição de duas colunas de evidências ao RPD, de modo que a técnica promovesse a elaboração de mais evidências, tanto a favor dos pensamentos automáticos e crenças nucleares, quanto em evidências que não apoiassem tais pensamentos. Esse acréscimo poderia aumentar a chance de que os pensamentos alternativos fossem ainda mais consistentes e alterassem estados de humor e comportamentos associados. (PADESKY; GREENBERGER, 1995)

Durante a aplicação do RPD proposto por Beck, alguns pacientes atribuíam a baixa credibilidade aos pensamentos automáticos estimulados para combater os pensamentos disfuncionais. Os pensamentos alternativos, potencialmente mais adaptativos, não controlavam tão bem emoções e comportamentos de enfrentamento. Uma possível explicação acerca da baixa credibilidade dada a esses pensamentos alternativos é que as crenças nucleares, bem como os esquemas, produzem pensamentos de desqualificação dos próprios pensamentos alternativos criados. Esses pensamentos de desqualificação são do tipo “Sim, mas...”. (OLIVEIRA, 2007)

Observou-se que existem várias técnicas de modificação de comportamento e de cognição. As técnicas de mudança de pensamento, particularmente o RPD, apresentam limitações, portanto, uma reformulação foi realizada por outros autores, utilizando o procedimento da Reversão de Sentença, cuja função é invalidar os pensamentos de desqualificação do tipo “Sim, mas...”, como se verá adiante.

Quadro 1 - Registro de pensamentos disfuncionais (RPD)

Instruções: Quando você notar seu humor ficando pior, pergunte-se "O que está passando pelo meu pensamento?" E anote, logo que possível, o pensamento (ou imagem mental) na coluna Pensamento automático. Identifique, então, qual a emoção, sentimento ou estado de humor que você sentiu quando teve este pensamento. A seguir, verifique quão realistas ou verdadeiros são esses pensamentos e construa uma resposta mais racional, com pensamentos alternativos mais adequados para a situação. Avalie quanto mudou seu pensamento e sua emoção original.

Data/hora	Situação	Pensamentos automáticos	Emoções	Resposta alternativa	Resultado
	Especifique a situação, o que aconteceu? Onde você estava e o que estava fazendo? Quem estava envolvido?	Quais pensamentos ou imagens você teve em sua mente naquela situação? Destaque o pensamento mais importante ou o que mais lhe preocupou. Se possível, avalie quanto você acredita em cada um dos pensamentos (0-100%)	Quais sentimentos ou emoções (tristeza, ansiedade, raiva etc.) você sentiu nessa situação? Se possível, avalie a intensidade de cada emoção (0-100%).	Utilize a questão abaixo para compor a resposta ao pensamento automático. Se possível, avalie quanto você acredita em cada resposta alternativa. Quais são as possíveis distorções cognitivas (veja a lista de Distorções Cognitivas) você teve?	Avalie quanto você acredita agora em seus pensamentos automáticos (00-100%) e na intensidade de suas emoções (0-100%).

Para construir a resposta alternativa, faça as questões:

1. Qual **evidência** que o pensamento automático é verdadeiro? Qual a evidência de que não é verdadeiro?
2. Existem **explicações alternativas** para o evento **modos alternativos** de ver a situação?
3. Quais as implicações, no caso de os pensamentos serem verdadeiros? Qual a pior parte da situação? O que é mais realista? O que você pode fazer sobre isso?

Fonte: Beck e colaboradores (1979)

8 TERAPIA COGNITIVA PROCESSUAL

A Terapia Cognitiva Processual (TCP) foi criada pelo professor Irismar Reis de Oliveira (2011a) e é um modelo de Psicoterapia fundamentada nos conceitos da Terapia Cognitiva de Aaron Beck. A estrutura de suas sessões, porém, é baseada na simulação de um processo jurídico, principalmente no que diz respeito a uma de suas principais técnicas, o Registro de Pensamento Baseado no Processo (RPBP), também chamada Processo (explicada pormenorizadamente adiante). Além deste registro, a TCP apresenta outras técnicas, como resolução de problemas, metáfora do barco a vela, Processo II, dentre outras.

O objetivo da TCP é modificar crenças nucleares negativas que os pacientes apresentam sobre si mesmo. Tipicamente, o protocolo dessa abordagem pode durar de 10 a 12 sessões e utiliza três níveis de cognição, que são vivenciados ao longo delas. Ressalta-se que, em alguns casos, o número de sessões pode variar e os pacientes podem ficar bem mais que as 12 sessões estipuladas pelo protocolo. As etapas da terapia podem ser divididas em três: na primeira (1^a à 3^a sessão), os clientes falam sobre seus problemas, preenchem um questionário de distorções cognitivas e são encorajados a detectar pensamentos automáticos durante a semana, inclusive nas relações interpessoais. Na segunda etapa ou segundo nível da terapia (sessão 4), os pacientes se submetem ao *role play consensual* e à técnica de tomada de decisão, com a finalidade de facilitar experimentos comportamentais e desafiar comportamentos de esquiva. A partir da terceira etapa ou terceiro nível de terapia (da 5^a à 12^a sessão), eles começam a usar o Processo para reestruturar suas cognições e modificar crenças nucleares. Então, se lhes ensina sobre metacognições, de modo que passam a ter uma visão crítica sobre seus próprios pensamentos, onde não precisam acreditar ou agir de acordo com eles, visto que estes resultam de distorções. Isso é conseguido nas sessões finais da terapia, depois que eles aprendem a identificar suas distorções, acusar sua crença, construir crenças nucleares positivas e continuar se comportando de forma a enfrentar seus problemas apesar de pensamentos negativos. Na linguagem metafórica da TCP, os pacientes passam a pensar sobre seus pensamentos distorcidos e crenças da seguinte forma “Isso é apenas meu Promotor interno falando”. Finalizando as sessões, é feita uma revisão da terapia, utilizando-se o questionário de distorções cognitivas (CD-QUEST, ANEXO C).

A principal técnica da TCP consiste também num registro de pensamento para reestruturação cognitiva, o já citado RPBP, dando ênfase à modificação de crenças nucleares por serem responsáveis por produzir os sintomas comuns em diversas psicopatologias. (DE OLIVEIRA, 2008) Para chegar a sua forma final, o RPBP passou por algumas mudanças, como se verá a seguir.

8.1 REGISTRO DE PENSAMENTOS BASEADO NA REVERSÃO DE SENTENÇA (RPBRS)

Até sua versão final, o Processo passou por algumas modificações. Inspirado no RPD (BECK et al., 1979), que apresenta cinco colunas, foram acrescentadas mais duas, sendo que uma delas contém a Reversão de Sentença. Nesta versão, o Registro de Pensamento Baseado na Reversão de Sentença (RPBRS), idealizado por De Oliveira (2007), o autor não incluiu as figuras do Júri, mas apenas a ampliação de cinco para sete colunas, com a inserção de um procedimento de Reversão de Sentença que consiste em reverter o próprio pensamento desqualificador “Sim, mas...” com a conjunção “Mas” novamente. Por exemplo, pode-se reverter a frase “Vinte pessoas gostaram de minha camisa, mas uma odiou” por “Uma pessoa odiou minha camiseta, mas vinte gostaram dela”. Essa proposta é utilizada para lidar com esses pensamentos desqualificadores do dia-a-dia, mas até onde se sabe não foi incorporada ainda a um registro de pensamentos. (FREEMAN; DeWOLF, 1992; DE OLIVEIRA, 2007)

Esta técnica tem a finalidade de diminuir a adesão à crença nuclear negativa, visto que os pensamentos alternativos propostos pelo RPD de Beck eram desacreditados por outros pensamentos automáticos. Portanto, quando o paciente construía um pensamento alternativo e mais funcional, era acometido por um pensamento desqualificador deste pensamento, do tipo “Sim, mas...”, o que será visto em detalhes no Quadro 2 abaixo. (DE OLIVEIRA, 2007)

Como pode ser observado na 1ª, 2ª e 3ª colunas do registro, terapeuta e cliente chegam à crença nuclear, bem como à emoção associada a ela; em seguida, na coluna 4, o terapeuta encoraja o cliente a levantar evidências contra a crença nuclear e, na coluna 5, são descritos os pensamentos automáticos do tipo “Sim, mas...”; na coluna 6, os pensamentos da coluna 5 são seguidos pelos da coluna 4, com a conjunção “Mas”, o que caracteriza a Reversão de Sentença; ao final, na

coluna 7, são avaliadas as intensidades da crença e da emoção ao longo das etapas do RPBRs.

A limitação desta técnica foi a dificuldade de realizá-la fora do consultório, quando os pacientes são incentivados a realizar exercícios no seu dia-a-dia. (DE OLIVEIRA; LANDEIRO, no prelo)

Quadro 2 - Registro de Pensamentos Baseado na Reversão de Sentença (RPBRS) Fonte: Adaptado de Oliveira (2007).

1. Por favor, descreva brevemente a situação	2. Como você se sente (triste, ansioso etc.) e quão forte foi sua emoção (%)?	3. O que estava passando pela sua cabeça antes de você começar a sentir desse jeito e quanto (%) você acredita nesses pensamentos? Pergunte-se sobre o que significam sobre você supondo que eles sejam verdadeiros. A resposta “Se esses pensamentos forem verdadeiros, eles significam que eu sou” é a crença nuclear encoberta. Quanto (%) você acredita nela?	4. Por favor, descreva todas as evidências que não sustentam a crença nuclear que você circulou na coluna 3. Quanto (%) você acredita em cada descrição abaixo?	5. Por favor, descreva os pensamentos que questionam, descontam ou desqualificam cada evidência positiva da coluna 4, comumente expressa por pensamentos do tipo “sim, mas...” Quanto (%) você acredita neles? Qual distorção lógica você vê?	6. Por favor, copie cada pensamento da coluna 5 primeiro e, em seguida, cada evidência na coluna 4, conectando-os com a conjunção MAS. Quanto (%) você acredita em cada uma delas agora?	7. Agora, meça quanto (%) você acredita na crença nuclear e quão forte é sua emoção: (i) após a coluna 4; (ii) após a coluna 5; (III) após a coluna 6.
<p><i>Durante a sessão de terapia, falei sobre a decisão de meu marido de sair do seu trabalho em outro estado para ser capaz de me ajudar.</i></p>	<p><i>Tristeza (100) Ansiedade (100)</i></p>	<p><i>Eu não sou boa para nada (100)</i></p> <p><i>Eu não sei como lidar com esta situação (90)</i></p> <p><i>Se eu morresse, tudo seria resolvido e ninguém sofreria mais. (100)</i></p> <p>Seta descendente <i>Se os pensamentos acima forem verdadeiros, o que eles significam sobre você?</i></p> <p><i>Eu sou um fracasso (100)</i></p>	<p><i>1. Eu ajudei meu marido em situações difíceis antes, quando ele perdeu o emprego (100)</i></p> <p><i>2. Eu estou tentando fazer a coisa certa. Então, eu estou pronta para começar a ler os artigos para minha dissertação (90)</i></p> <p><i>3. Eu estou tentando retomar meu mestrado. Então, eu contatei meu orientador, que está disposto a me ajudar (70)</i></p> <p><i>4. Meu desejo é retomar o trabalho o mais breve possível e eu estou tentando duramente. Meu chefe disse que serei aceita quando eu me sentir melhor (100).</i></p>	<p><i>1. ... mas ele não precisa de mim agora (100) - desqualificação dos positivos</i></p> <p><i>2. ... mas eu não tive sucesso ainda, e isso me fez demorar muito para começar a terapia (95) - desqualificação dos positivos</i></p> <p><i>3. ... mas ainda vai levar tempo para terminar (80) - predição do futuro</i></p> <p><i>4. ... mas eu não sou capaz de fazer ainda (100) - desqualificação dos positivos</i></p>	<p><i>1. Meu marido não precisa de mim agora, MAS eu o ajudei em situações difíceis antes, quando ele perdeu o emprego (100).</i></p> <p><i>2. Eu não tive sucesso em fazer a coisa certa ainda, e isso me fez demorar muito para começar a terapia, MAS eu estou tentando duramente. Então, eu já comecei a ler artigos para minha dissertação (100).</i></p> <p><i>3. Vai levar muito tempo para terminar meu mestrado, MAS eu estou tentando retomá-lo e já contatei meu orientador que está disposto a me ajudar (100).</i></p> <p><i>4. Eu não sou capaz de voltar ao trabalho ainda, MAS é meu desejo voltar o mais breve possível e eu estou tentando duramente. Meu chefe disse que serei aceita quando me sentir melhor (95).</i></p>	<p>(I) Crença nuclear: 80 Emoção: <i>Tristeza: 80 Ansiedade: 90</i></p> <p>(II) Crença nuclear: 95 Emoção: <i>Tristeza: 90 Ansiedade: 95</i></p> <p>(III) Crença nuclear: 40 Emoção: <i>Tristeza: 35 Ansiedade: 30</i></p> <p>Tarefa de casa: <i>Complete pelo menos 3 RPBRS até a próxima sessão.</i></p>

8.2 ORIGEM DO PROCESSO

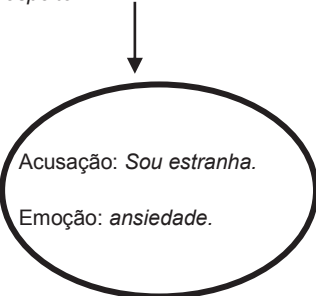
No livro de Kafka, *O processo*, publicado originalmente em 1925, o personagem principal acorda certa manhã, é detido e, em seguida, submetido a um longo processo jurídico, sem saber por quais motivos ou pelo que era acusado. Não sabendo dessas informações básicas, contando com um advogado enfermo e desconhecendo os trâmites do processo, o personagem vivencia conflitos emocionais e sofrimento. (KAFKA, 2003; DE OLIVEIRA, 2008)

O texto de Kafka tem várias interpretações psicológicas, principalmente de cunho psicanalítico. No entanto, não há uma abordagem cognitiva em seus escritos para os dilemas que o protagonista vivencia. Também não há proposta de uma solução a tais dilemas. Desse modo, De Oliveira (2011a) interpretou que, para Kafka, a autoacusação faz parte da existência humana, sugerindo que as autoacusações seriam como esquemas e crenças nucleares, as quais, frequentemente, são suposições absolutas que o próprio sujeito tem sobre si mesmo (p. ex.: “Eu sou um fracasso”). Mais especificamente, as autoacusações que o homem se faz consistem em suas crenças nucleares. Então, quando é permitida a defesa adequada, ao contrário de *O processo* de Kafka, o sujeito pode se defender de tais acusações, considerar-se inocente e diminuir seu sofrimento. Aplicando essa ideia a uma intervenção psicoterapêutica, o autor propõe que o paciente se submeta a um Processo, no qual o principal acusado é sua crença nuclear; para enfrentar tal situação, ele é capacitado a desenvolver crenças positivas e adaptativas. (OLIVEIRA, 2008, 2011a).

8.3 DESCRIÇÃO DO PROCESSO

Como pode ser observado no Quadro 3, ilustrado com um caso clínico de Transtorno do Pânico, em cada coluna existem perguntas específicas e cada coluna representa uma etapa do Processo. As respostas são anotadas pelo próprio cliente nos locais apropriados. Segue-se a descrição do Processo de acordo com o autor da abordagem. (DE OLIVEIRA, 2008)

Quadro 3 - “Processo”. Registro de Pensamentos Baseado no Processo (RPBP)

1. Investigação/Estabelecimento da acusação (crença nuclear). O que estava passando por sua mente antes de você começar a se sentir assim? Pergunte a si mesmo o que esses pensamentos significam sobre você, supondo que sejam verdade. A resposta “Se estes pensamentos forem verdade, isto significa que sou ...” é a autoacusação (crença nuclear) que acaba de ser descoberta.		2. Alegação do Promotor. Por favor, cite todas as evidências que você tem que sustentam a acusação/crença nuclear que você circulou na coluna 1.	3. Alegação da Defesa: Por favor, cite todas as evidências que você tem que não sustentam a acusação/crença nuclear que você circulou a coluna 1.	4. Réplica do promotor ou resposta à alegação da defesa. Por favor, cite os pensamentos que questionam, descontam ou desqualificam cada evidência positiva da coluna 3, expressos em geral como pensamentos do tipo “sim, mas...”	5. Resposta do Advogado de Defesa à alegação do Promotor. Por favor, copie cada pensamento da coluna 4 primeiro, e então cada evidência correspondente da coluna 3, conectando-os através da conjunção MAS.	6. Significado da resposta apresentada ao Promotor pelo Advogado de Defesa. Por favor, escreva o significado que você atribui a cada frase da coluna 5.	7. Veredito do Jurado. Por favor, faça um relatório sucinto, considerando as questões: Quem foi mais consistente? Quem foi mais convincente? Quem se baseou mais nos fatos? Quem cometeu menos distorções (cognitivas)? Quem se preocupou mais com a dignidade do acusado?
<p><i>João não me procurou mais. Não sou interessante. Ninguém vai se interessar por mim. Sou estranha.</i></p> <p>Técnica da seta descendente: Se os pensamentos acima forem verdade, o que eles dizem a seu respeito?</p> 		<p>1. João não me procurou mais.</p> <p>2. Eu não sou paquerada.</p> <p>3. Ana disse que eu me vestia estranho.</p> <p>4. Eu fico nervosa diante das pessoas.</p> <p>5. Eu sujo muito minhas mãos.</p> <p>6. Eu nunca tive namorado.</p>	<p>1. Passei no concurso.</p> <p>2. Na festa, fui paquerada.</p> <p>3. Há pessoas no trabalho que me acham eficiente</p> <p>4. Algumas pessoas preferem ser atendidas por mim</p> <p>5. Na festa eu agi normalmente</p> <p>6. Faço as mesmas coisas que as outras pessoas</p>	<p>1. Um monte de gente passa.</p> <p>2. João não me procurou mais.</p> <p>3. Há outras que não me dão tanta atenção.</p> <p>4. Talvez isso aconteça porque eu não saiba dizer não</p> <p>5. Sou ansiosa</p> <p>6. Deixo de fazer coisas importantes.</p>	<p>1. Um monte de gente passa MAS passei no concurso.</p> <p>2. João não me procurou mais MAS na festa fui paquerada.</p> <p>3. Há outras que não me dão tanta atenção MAS há pessoas no trabalho que me acham eficiente</p> <p>4. Talvez isso aconteça porque eu não saiba dizer não MAS algumas pessoas preferem ser atendidas por mim.</p> <p>5. Sou ansiosa MAS na festa eu agi normalmente.</p> <p>6. Deixo de fazer coisas importantes MAS faço as mesmas coisas que as outras pessoas.</p>	<p>Isto significa que:</p> <p>1. Eu sou capaz.</p> <p>2. Às vezes sou interessante.</p> <p>3. Sou boa funcionária.</p> <p>4. Sou eficiente.</p> <p>5. Posso agir tranquilamente.</p> <p>6. Posso viver normalmente.</p>	<p>Relatório:</p> <p><i>Meu promotor é muito dado a afirmações do tipo “tudo ou nada”: ou eu sou paquerada ou não sou. Catastrofizo muito. Portanto, o promotor comete mais distorções. E o advogado de defesa comete menos distorções que o promotor.</i></p> <p>Veredito:</p> <p><i>Inocente.</i></p>
Inicial	Final						
Crença: 100%	10 %	Crença: 100%	Crença: 60%	Crença: 90%		Crença: 20%	Crença: 15%
Emoção: 100%	0%	Emoção: 100%	Emoção: 50%	Emoção: 90%		Emoção: 20%	Emoção: 10%

Fonte: Adaptado de Oliveira (2008).

Na primeira coluna, o terapeuta investiga alguma situação desconfortável ocorrida durante a semana do cliente. O objetivo desta coluna é evocar a crença nuclear e isto é feito pela técnica da Seta Descendente; ela é o que se chama de fase de investigação ou Inquérito, iniciando a analogia ao processo jurídico para que se chegue à autoacusação, Crença Nuclear (CN). Em seguida, são feitas perguntas específicas, do tipo “O que passou pela sua cabeça naquele momento?”. Com isso, se evoca o pensamento automático e a emoção que a situação produziu. Em seguida, o terapeuta pergunta algo como “O que esse pensamento significa sobre você, caso ele seja verdadeiro?” E chega-se, assim, à crença nuclear negativa, por exemplo: “Eu sou vulnerável”. Por fim, pergunta-se o quanto o cliente acredita neste pensamento, atribuindo um valor de 0 a 100% de crença, e também quão forte é a emoção que esta crença provoca, atribuindo um valor de 0 a 100%. A atribuição do valor do quanto se acredita na crença ou do quanto o paciente está aderido à crença e o quão forte é a emoção que ela provoca é perguntado ao final de cada fase do Processo, com exceção da coluna 5, quando ocorre a Reversão de Sentença. Após isso, passa-se para a etapa seguinte.

A coluna 2 representa a função do Promotor (primeira alegação do Promotor), o qual, num processo jurídico, tem a função de acusar. Nesta etapa, o paciente assume esta função com o objetivo de levantar todas as evidências possíveis que confirmem a CN negativa (autoacusação) evocada na primeira coluna. Essas evidências são geralmente utilizadas pela própria pessoa para sustentar sua crença.

A terceira etapa (coluna 3) representa o Advogado de Defesa (primeira alegação da defesa) e o paciente assume esta função com objetivo de levantar todas as evidência possíveis que não sustentem a CN. Nesta etapa, já ocorre uma diminuição de crédito dada à crença, mas não tanto com relação à intensidade da emoção sentida. Os indivíduos costumam dizer “Sei disso racionalmente, mas não deixo de me sentir assim”.

Passa-se então para a quarta etapa (coluna 4), na qual ocorre a resposta do Promotor à alegação da defesa (segunda alegação do Promotor). Esta etapa tem o objetivo de evocar pensamentos automáticos do tipo “Sim, mas...”, que frequentemente ocorrem com os pacientes para desqualificar seus pensamentos alternativos. Toma-se este tipo de pensamento como a resposta do Promotor. Observa-se que o nível de crédito dado à crença e à intensidade da emoção pode

voltar a subir e o terapeuta pode mostrar ao cliente que a forma como nos sentimos pode variar conforme se interpreta a situação.

A próxima etapa do Processo (coluna 5) consiste na resposta do Advogado de Defesa à segunda alegação do Promotor (segunda alegação da defesa). Esta é a principal etapa do procedimento, uma vez que consiste na Reversão de Sentença. Deve-se inverter os pensamentos presentes nas colunas 3 e 4. O cliente deve escrever os pensamentos da coluna 4 seguidos pelos pensamentos da coluna 3, conectados pela conjunção “mas...”. Desse modo, os pensamentos presentes na coluna 3 (primeira alegação da defesa), que foram desqualificados pela segunda alegação do Promotor (coluna 4), serão postos em evidência por meio da conjunção “mas”, o que poderá controlar mais as suas respostas emocionais e comportamentos subsequentes: “Um monte de gente passa (pensamento da coluna 4), MAS passei no concurso (pensamento da coluna 3)”. Ao final desta etapa, não se perguntam os valores de crédito dado à crença e da intensidade emocional, pois estes serão avaliados na coluna 6.

Na coluna 6, o paciente deve ler cada Reversão de Sentença da coluna 5 e dizer o que cada uma delas significa sobre ele mesmo.

A última etapa representa o veredicto do Júri (coluna 7), que consiste numa análise minuciosa do Processo. Nela, o cliente deve analisar: Qual foi mais convincente, a Defesa ou a Promotoria? Qual delas apresentou mais evidências? Quais evidências mais se basearam nos fatos? Quais alegações apresentaram menos distorções cognitivas? Quem esteve mais preocupado em defender a dignidade do acusado? Uma vez analisadas estas questões, procede-se a técnica da Seta Ascendente. Nesta técnica, pode-se perguntar ao cliente “Se o Advogado de Defesa estiver correto, o que significa sobre você?”; assim, evoca-se uma nova CN positiva e realista, como por exemplo, “Eu sou uma pessoa forte!”. Por fim, pergunta-se o quanto o paciente acredita na crença nuclear negativa e qual a intensidade da emoção associada.

Como tarefa de casa, o cliente deverá avaliar algumas evidências, em seu dia-a-dia que deem suporte à sua nova crença nuclear positiva.

Existem duas formas de aplicar o Processo. A primeira delas é no formato Estático. Neste formato, o terapeuta realiza todo o procedimento em uma sessão normal de Psicoterapia, com o paciente sentado à frente dele. Em cada etapa, o paciente representa os personagens do Processo sentado no sofá, poltrona ou

cadeira, presentes no consultório. A segunda forma de aplicação é no formato Cadeira Vazia. Neste modelo, o consultório é organizado em forma circular, com 7 cadeiras. Cada uma destas cadeiras será ocupada pelo paciente nos momentos em que ele representar o personagem especificado pelo procedimento. Em cada representação, o paciente deverá expressar, da forma mais vivencial possível, seus pensamentos e argumentos em direção à Cadeira Vazia, onde, imaginariamente, está sentado o personagem para quem ele dirige sua fala. A explicação desse formato é que o procedimento torna-se mais experiencial e, assim, em tese, pode ocorrer uma transformação emocional e cognitiva mais intensa, ao contrário do que ocorre com o paciente apenas falando. (DE OLIVEIRA, 2012b; SHAHAR et al., 2012)

No fim do Processo, segundo o protocolo da TCP, quando o paciente se inocenta de sua autoacusação, o Promotor entra com outro procedimento, chamado Recurso, ou, mais raramente, solicitado pela Defesa quando o paciente não se inocenta da acusação. O recurso é a realização de um novo Processo na sessão subsequente. Até lá, o paciente deve realizar uma tarefa de casa na qual, diariamente, deverá juntar elementos que sustentem ou reforcem a crença nuclear positiva, construída no Processo. Nesta etapa, também se avalia o quanto ele acredita em sua crença nuclear negativa.

EFICÁCIA DAS TERAPIAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS



9 EFICÁCIA DAS TERAPIAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS

As TCC têm sido aplicadas a uma ampla gama de transtornos mentais. (DATILIO; PADESKY, 1995; KNAPP; BECK 2008; DOBSON; DOZOIS; 2010) Por exemplo, a TC foi primeiramente aplicada como tratamento para depressão, embora Beck não especifique o tipo de transtorno depressivo. (BECK, 2005; KANAP; BECK, 2008) Ao longo das décadas, vários ensaios clínicos foram conduzidos para avaliar a eficácia das TCC em vários outros transtornos: transtorno do estresse pós-traumático, Fobia Social, Transtorno do Pânico e Comportamento Suicida, dentre outros. (BECK; ALFORD, 2000; BECK, 2005; HOFMANN; ASMUNDSON; BECK, 2013)

Especificamente em relação à TCP, existem alguns estudos que demonstram sua eficácia no tratamento de alguns transtornos mentais. Um estudo com 30 indivíduos submetidos ao Processo para reduzir à adesão às suas CN negativas demonstrou reduções estatisticamente significativas da adesão às crenças, bem como da intensidade da emoção associada. (DE OLIVEIRA, 2008) Também um ensaio clínico randomizado (n=47) comparou a TC versus a TP na redução de sintomas de Fobia Social e demonstrou que, apesar de ambas as terapias reduzirem os sintomas do transtorno tratado, a TP foi mais eficaz que a TC na redução dos escores nas escalas de Medo de Avaliação Negativa e na escala de esquiva e desconforto social. (DE OLIVEIRA et al., 2012b)

Esses estudos serviram de base para a avaliação do uso do Processo na prática clínica cotidiana de terapeutas que já se submeteram pelo menos a dois treinamentos em TCP, ministrados por Irismar Reis de Oliveira. No presente estudo naturalístico, o Processo foi avaliado em âmbito nacional em 166 pacientes com transtornos mentais diversos (aplicado de modo transdiagnóstico). Assim, foi relatado que o RPBP ou Processo é um registro que se propõe a modificar crenças centrais e emoções associadas. A abordagem faz parte de um modelo de TCC denominado TCP, cuja eficácia tem sido demonstrada em alguns estudos controlados e, portanto, promissora para ampla utilização em Psicoterapia. Será abordada, a partir da seção 12 deste estudo, a avaliação da sua efetividade, haja vista a sua utilização em condições reais na rotina de serviço de vários terapeutas de diferentes cidades do País.

OBJETIVOS



10 OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL:

- Avaliar a efetividade do uso do Processo na redução da adesão às crenças nucleares negativas e na redução da intensidade das emoções correspondentes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Averiguar o quanto os pacientes acreditam em suas crenças nucleares após cada etapa do Processo;
- Averiguar a intensidade da emoção associada à crença após cada etapa do Processo;
- Avaliar redução dos valores dados à crença e emoção após cada etapa do Processo;
- Comparar a aplicação do Processo nas aplicações no modo Estático versus Cadeira Vazia;
- Comparar os resultados entre pacientes tratados por terapeutas experientes versus menos experientes.

MÉTODO



11 MÉTODO

A coleta dos dados foi realizada a partir do mês de junho de 2011, data do primeiro treinamento em TCP, ocorrido na cidade de São Paulo. Desde esta data, vários treinamentos, com duração de 3 dias, têm ocorrido nas principais cidades e capitais do Brasil para capacitar psicólogos, psiquiatras, residentes em Psiquiatria e estudantes de Psicologia na aplicação da TCP e suas técnicas. O artigo resultante desta pesquisa pode ser visto no Anexo A.

A pesquisa envolveu uma amostra de conveniência de psicoterapeutas de várias cidades do Brasil, que quiseram participar do estudo e que obtiveram a permissão dos pacientes após apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

11.1 DESENHO DO ESTUDO

É um estudo naturalístico, ambispectivo, para avaliação e acompanhamento da utilização da técnica Processo. O procedimento ocorre de forma rotineira no consultório de psicoterapeutas e apresenta um protocolo que consiste na própria técnica do Processo (descrito anteriormente), além da aplicação de outros instrumentos de avaliação. A presente pesquisa solicitou aos psicoterapeutas participantes o fornecimento dos dados e informações sobre seus clientes.

11.2 POPULAÇÃO

A população consiste nos pacientes tratados por terapeutas treinados em TCP, de diferentes cidades brasileiras. Os dados foram obtidos retrospectivamente, em revisão de prontuários, desde junho de 2011, data do primeiro treinamento em TCP, e prospectivamente até março de 2012.

11.2.1 Amostra

Com relação ao tamanho da amostra, por se tratar da coleta de dados por tempo indeterminado, foram aceitos clientes com quaisquer diagnósticos (transdiagnóstico) e sexos, com idade acima de 18 anos. Os diagnósticos foram

realizados pelos próprios terapeutas ou os pacientes já apresentavam um diagnóstico prévio.

11.2.2 Psicoterapeutas

Os psicoterapeutas (n=32) são psicólogos ou psiquiatras, treinados em TCP pelo orientador desta pesquisa. Foram divididos em grupos de psicoterapeutas com experiência ou longo tempo de utilização da técnica Processo (n=7), que corresponde a 2 anos de especialização organizada por Irismar Reis de Oliveira e por meio da qual adquiriram ampla experiência na aplicação do Processo. Os terapeutas considerados pouco experientes (n=25) realizaram apenas um ou dois *workshops* de TCP. Para toda população, o local de atendimento e de intervenção foi o consultório particular ou ambulatório de trabalho. Os dados pertinentes foram colocados em formulário para coleta dos dados, disponível eletronicamente na plataforma *Survey Monkey* (<https://pt.surveymonkey.com>) (ANEXO B).

11.3 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Os instrumentos indicados abaixo por serem de uso diário dos terapeutas, não serão discutidos neste trabalho, em sua totalidade.

11.3.1 Unidades Subjetivas de Desconforto (SUDs)

Aos pacientes foi solicitada a informação, numa escala subjetiva, sobre os valores em porcentagem de zero a 100% de crédito dado às crenças nucleares, após a aplicação de cada etapa do Processo, descritas no capítulo 9. Esta é justamente a escala que existe no final de cada coluna (Quadro 3).

11.3.2 Questionário de Distorções Cognitivas (CD-QUEST)

Consiste num questionário de avaliação das crenças distorcidas (ANEXO C). É aplicado antes do Processo. Nele, procura-se obter quais são as crenças do indivíduo, além de suas respectivas frequências e intensidades. Ainda está em processo de validação das propriedades psicométricas. (DE OLIVEIRA et al., 2011)

11.3.3 Inventário de Depressão de Beck (BDI)

Trata-se de uma escala, autoaplicável para averiguação de sintomas depressivos, criada por Beck e validada para a população brasileira (ANEXO D). Conta com 21 itens, cada um deles com quatro afirmações; o paciente deve assinalar aquela que melhor descreve seu estado de humor, durante as duas últimas semanas. Cada grupo apresenta uma nota dada de 0 a 3 pontos e a nota final do inventário varia de 0 a 63 pontos. (BECK et al., 1961; GORENSTEIN; ANDRADE, 1996)

11.3.4 Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)

Escala autoaplicável para avaliar a intensidade dos sintomas de ansiedade (ANEXO E). Cada sintoma pode ser assinalado com intensidades variando de zero (sintoma ausente) a 3 (grave), e o escore total pode chegar a 63 pontos. Tem tradução e validação para a população brasileira. (GORENSTEIN; ANDRADE, 1996)

Os sintomas de ansiedade e depressão oscilam independente da presença de transtornos depressivos ou ansiosos, por isso a aferição.

11.4 PROCEDIMENTOS

A aplicação do Processo ocorre rotineiramente no consultório de terapeutas, independentemente deste estudo. Geralmente, num modelo-padrão de TCP, com protocolo de 10 a 12 sessões, o Processo é utilizado a partir da quinta sessão.

Para a realização deste estudo, logo após os treinamentos em TCP, os terapeutas foram convidados a colocar os dados da primeira utilização do Processo numa plataforma virtual *online*, sendo-lhes fornecido o TCLE para apresentar aos seus pacientes. Após a utilização, os terapeutas colocaram os dados já coletados, de forma independente dos resultados. O mesmo ocorreu nos casos coletados em revisão de prontuário. Cada terapeuta foi convidado a colocar os dados relativos a todos os pacientes submetidos ao Processo e receberam um *link* para acessar e preencher a plataforma virtual, contendo algumas informações sociodemográficas sobre eles e os dados relativos à aplicação do Processo, como o valor de crédito dado à crença e a emoção relacionada, após cada etapa do procedimento.

11.5 DESCRIÇÃO DA TÉCNICA

Durante a aplicação da intervenção, que dura de 50 a 60 minutos, tempo de uma sessão convencional de Psicoterapia, o paciente é apresentado ao RPBP/Processo (Quadro 3). A descrição da técnica pode ser acompanhada no capítulo 9, Descrição do Processo, vista anteriormente. Os terapeutas puderam optar livremente pela realização do Processo nos modos Estático ou Cadeira Vazia. Na a plataforma de coleta dos dados, os terapeutas preenchem o modo de aplicação da técnica.

11.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram analisados por Intenção de Tratar (IT), ou seja, as análises foram feitas independente de o paciente abandonar o estudo. O último valor obtido nas avaliações foi tomado como estimativa dos demais valores não coletados. As sete etapas do Processo são geralmente realizadas em uma sessão e em cada etapa colhem-se os valores de crédito dados à crença e à intensidade da emoção associada. Porém, pode ocorrer, em alguns casos, a não conclusão do Processo; deste modo, os dados foram analisados com a Observação Mais Recente ou *Last Observation Carried Forward* (LOCF) a qual utiliza o último valor obtido como estimativa de todos os outros valores perdidos ou não obtidos, por IT.

Os dados obtidos foram submetidos à análise estatística por meio do *software Statistics Package for Social Science* (SPSS), versão 15.0 (SPSS Inc., Chicago, USA). Obtiveram-se análises estatísticas descritivas (porcentagem, média, mediana, desvio padrão, valor máximo e valor mínimo), estatísticas inferenciais e teste não paramétricos (χ^2 , Wilcoxon, Friedman, Bonferroni e Mann-Witney test.). Foram utilizadas hipóteses bidirecionais em todos os testes realizados, com o nível de significância estatística estabelecido em 5% ($\alpha=0,05\%$).

11.7 HIPÓTESES

- Hipótese nula (H_0): o Processo não é eficaz na redução do crédito atribuído às crenças nucleares e às emoções correspondentes em sua primeira aplicação em uma sessão de TCP;
- Hipótese alternativa (H_1): o Processo é eficaz na redução de crédito atribuído às crenças nucleares e às emoções correspondentes em sua primeira aplicação em uma sessão de TCP.

11.8 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo não interferiu no andamento da Psicoterapia, não havendo malefícios ao indivíduo, nem a utilização de dados que pudessem levar à identificação dos sujeitos.

Esta pesquisa cumpriu a resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 196/96 e foi registrado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Climério de Oliveira, Universidade Federal da Bahia (CEP/MCO/UFBA), registro 052/11 e parecer nº 059/2011 (ANEXO F).

RESULTADOS



12 RESULTADOS

Após a análise dos dados, foi possível observar que o RPBP foi capaz de reduzir a adesão dos pacientes à crença nuclear, bem como a intensidade da emoção associada, ao longo da aplicação da técnica.

Na Tabela 1, observam-se as informações sobre a amostra, tais como idade, gênero, diagnóstico, dentre outras.

Com relação ao crédito dado à crença nuclear, bem como a intensidade da emoção associada, observam-se, na Tabela 2 as médias em porcentagem. Podem-se notar os valores médios das crenças e emoções após cada uma das sete etapas do Processo. Também, observam-se os valores dos pacientes nos modelos Estático e Cadeira Vazia.

Durante a aplicação do Processo, com exceção de um paciente deprimido, todos os pacientes chegaram até a segunda coluna do processo (primeira alegação do Promotor) (99,4%). Ele não aceitou continuar, após o acesso à sua CN. Ainda, 160 pacientes chegaram à segunda alegação da Defesa (coluna 5) (96,4%) e 158 chegaram ao veredicto do Júri (coluna 7). Portanto, apenas 8 pacientes não concluíram.

Tabela 1 - Características sociodemográficas e clínicas da amostra

	Amostra total (n=166)	Cadeira-Vazia		Experiência do terapeuta	
		Sim (n=105)	Não (n=61)	Pouco experientes	Experientes
Gênero feminino (%)	109 (65,7)	68 (64,8)	41 (67,2)	76 (67,9)	33 (61,1)
Idade, média (DP)	35,2 (11,4)	35,7 (11,6)	34,4 (10,9)	34,6 (10,0)	36,5 (13,7)
Sessão, média (DP)	16,1 (13,0)	16 (13,5)	16,2 (12,1)	16,9 (14,2)	14,4 (9,8)
Diagnósticos, n (%)					
Transtornos da Ansiedade					
<i>Ansiedade</i>	12 (7,2)	7 (6,7)	5 (8,2)	12 (10,7)	5 (5,1)
TAG	26 (15,7)	19 (18,1)	7 (11,5)	20 (17,9)	6 (11,1)
Fobia Social	15 (9,0)	10 (9,5)	5 (8,2)	10 (8,9)	5 (9,3)
TOC	10 (6,0)	6 (5,7)	4 (6,6)	7 (6,3)	3 (5,6)
TEPT	11 (6,6)	9 (8,6)	2 (3,3)	1 (0,9)	10 (18,5)
Transtorno do Pânico	12 (7,2)	8 (7,6)	4 (6,6)	8 (7,1)	4 (7,4)
Transtornos do Humor					
TDM	48 (28,9)	24 (22,9)	24 (39,3)	30 (26,8)	18 (33,3)
Distímia	4 (2,4)	2 (1,9)	2 (3,3)	3 (2,7)	1 (1,9)
TMAD	4 (2,4)	4 (3,8)	0 (0,0)	3 (2,7)	1 (1,9)
Transtorno Bipolar	7 (4,2)	5 (4,8)	2 (3,3)	6 (5,4)	1 (1,9)
Transtornos Psicóticos					
Transtorno Delirante	1 (0,6)	1 (1,0)	0 (0,0)	1 (0,9)	1 (1,0)
Transtorno Esquizo-afetivo	1 (0,6)	1 (1,0)	0 (0,0)	1 (0,9)	1 (1,0)
Outros					
TDAH	1 (0,6)	0 (0,0)	1 (1,6)	1 (0,9)	0 (0,0)
TCAP	3 (1,8)	2 (1,9)	1 (1,6)	0 (0,0)	3 (5,6)
Uso/dependência de drogas	1 (0,6)	1 (1,0)	0 (0,0)	1 (0,9)	1 (1,0)
Transtorno Somatoforme	2 (1,2)	1 (1,0)	1 (1,6)	1 (0,9)	1 (1,9)
TIG	1 (0,6)	1 (1,0)	0 (0,0)	1 (0,9)	0 (0,0)
Diagnóstico não informado	7 (4,2)	4 (3,8)	3 (4,9)	6 (5,4)	1 (1,9)
Pacientes que completaram o Processo	147 (88,6)	99 (94,3)	48 (78,7)	96 (85,7)	51 (94,4)
Medicação, n* (%)					
Sim	82 (53,2)	53 (52,5)	29 (54,7)	54 (54,0)	28 (51,9)
Não	72 (46,8)	48 (47,5)	24 (45,3)	46 (46,0)	26 (48,1)

A experiência do terapeuta é baseada na exposição ao Processo. Terapeutas experientes participaram de uma especialização de 2 anos coordenada por Irismar Reis de Oliveira. Terapeutas com pouca experiência participaram apenas de um ou dois *workshops* em TCP.

TAG: Transtorno da Ansiedade Generalizada; TEPT: Transtorno do Estresse Pós-traumático; TOC: Transtorno Obsessivo-Compulsivo; TDM: Transtorno Depressivo Maior; TMAD: Transtorno Misto Ansioso e Depressivo; TDAH: Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade; TCAP: Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica; TIG: Transtorno da Identidade de Gênero.

*A amostra foi reduzida neste item, pois alguns dados foram perdidos (n=154)

Fonte: Elaboração do autor.

Tabela 2 - Médias dos grupos após cada etapa do Processo

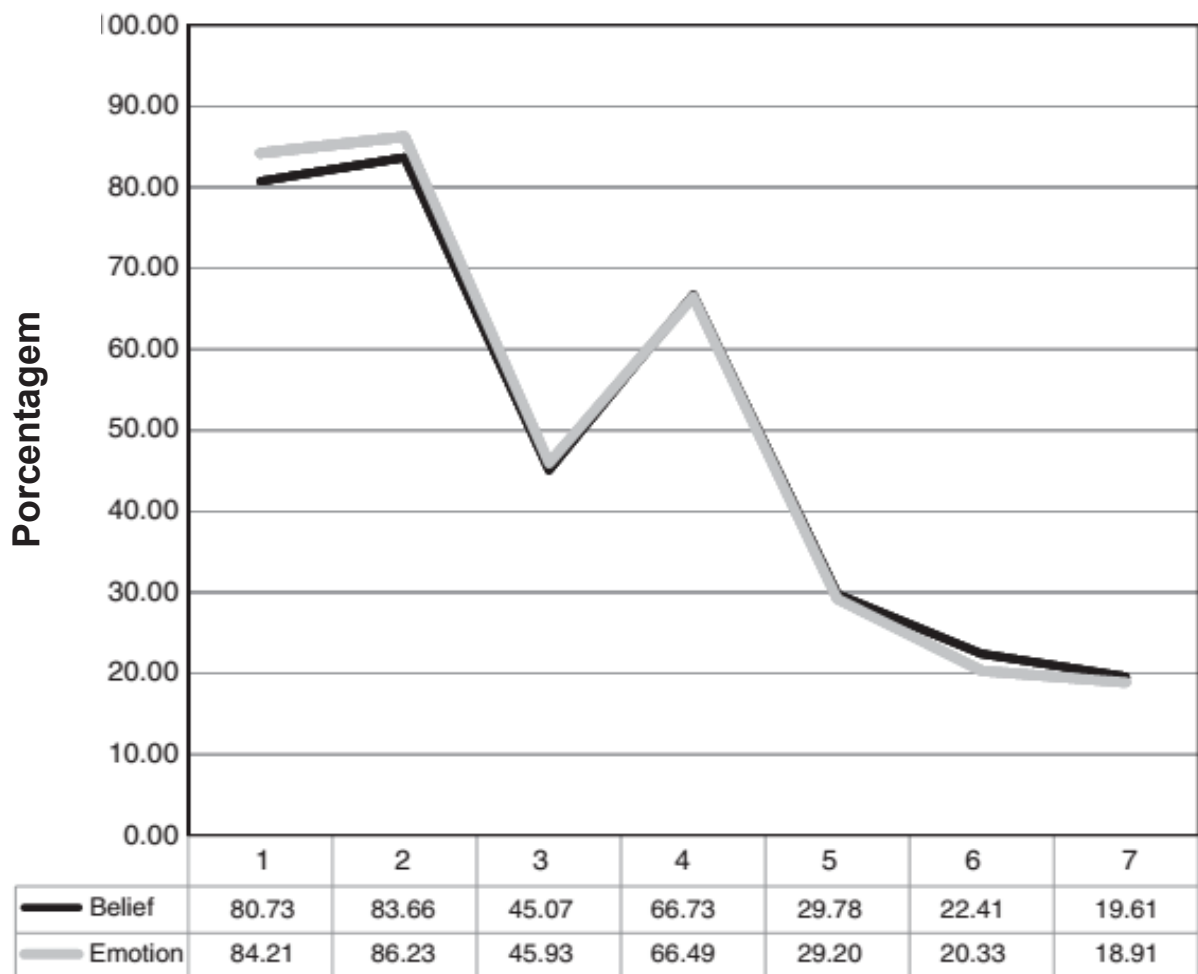
	Amostra total (n=166)	Cadeira-Vazia		Experiência do terapeuta	
		Sim (n=105)	Não (n=61)	Pouco experientes (n=112)	Experientes (n=54)
1. Investigação (coluna 1)					
Crença	80.73 (18.32)	80.89 (17.51)	80.48 (19.78)	79.79 (18.75)	82.69 (17.42)
Emoção	84.21 (18.35)	84.19 (17.62)	84.25 (19.70)	83.79 (18.93)	85.09 (17.22)
2. Primeira alegação do Promotor (coluna 2)					
Crença	83.66 (19.45)	85.03 (18.73)	81.31 (20.57)	81.95 (21.05)	87.22 (15.19)
Emoção	86.23 (18.32)	86.81 (18.17)	85.25 (18.67)	84.38 (20.38)	90.09 (12.34)
3. Primeira alegação da Defesa (coluna 3)					
Crença	45.07 (27.29)	44.92 (25.46)	45.33 (30.41)	43.41 (29.39)	48.52 (22.18)
Emoção	45.93 (29.74)	44.90 (28.82)	47.70 (31.42)	43.39 (31.66)	51.20 (24.74)
4. Segunda alegação da Promotoria (coluna 4)					
Crença	66.73 (24.67)	66.17 (24.33)	67.69 (25.42)	65.55 (26.52)	69.17 (20.32)
Emoção	66.49 (26.10)	65.94 (26.9)	67.44 (26.32)	64.77 (27.83)	70.07 (21.89)
5. Segunda alegação da Defesa (coluna 5)					
Crença	29.78 (24.43)	30.16 (23.84)	29.11 (25.61)	26.35 (25.10)	36.89 (21.51)
Emoção	29.20 (26.28)	30.07 (26.77)	27.72 (25.58)	26.71 (26.97)	34.37 (24.21)
6. Júri (coluna 7)					
Crença	22.41 (22.62)	22.16 (21.81)	22.84 (24.13)	21.19 (23.98)	24.94 (19.46)
Emoção	20.33 (25.07)	18.78 (24.38)	22.84 (24.13)	20.38 (25.98)	20.20 (23.29)
7. Recurso*					
Crença	19.61 (21.96)	18.46 (21.59)	21.61 (22.63)	20.03 (23.32)	18.76 (19.01)
Emoção	18.91 (25.90)	16.88 (24.95)	22.41 (27.32)	19.98 (27.23)	16.69 (22.99)
Melhora**					
Crença	74.57 (27.83)	76.46 (27.06)	71.33 (29.07)	73.46 (30.58)	76.87 (21.12)
Emoção	76.75 (30.47)	79.60 (28.96)	71.85 (32.58)	75.54 (32.10)	79.26 (26.90)

* Etapa realizada no fim do Processo, para ser realizada na sessão subsequente. O paciente colhe experiências de seu dia-a-dia que reforcem a nova crença e avalia o quanto acredita, tanto em sua nova crença, quanto na crença nuclear negativa acessada no Processo.

**A porcentagem da melhora é calculada de acordo com a fórmula: Melhora = (Coluna 1 - Recurso/Coluna 1) x 100.

Fonte: Elaboração do autor.

O Gráfico 1, por sua vez, mostra a redução do valor dado às emoções e às crenças nucleares após cada etapa da técnica.

Gráfico 1 - Resultados do primeiro uso do Processo em 166 pacientes.

Fonte: Elaboração do autor.

Obs.: As médias resultantes de sua aplicação (crédito dado à crença nuclear e à intensidade da emoção) são ilustradas durante as 7 etapas do Processo (seis colunas mais o Recurso): 1=Investigação; 2=Primeira alegação da Promotoria; 3=Primeira alegação da Defesa; 4=Segunda alegação da Promotoria; 5=Segunda alegação da Defesa; 6=Veredito do Juri; 7=Recurso.

Ao ser aplicada a análise LOCF (observação mais recente), notou-se uma diferença entre as médias das etapas do Processo, tanto com relação ao crédito dado à crença nuclear, quanto à intensidade de emoção associada, com relação à linha de base (coluna 1, Inquérito/investigação) ($p < 0,001$).

Foi aplicada a comparação de Bonferroni, a qual avalia pares de médias de determinada população e que requer um valor de p de $0,05/8 = 0,006$ (pois houve 8 comparações possíveis entre cada etapa do Processo) para ser significativo. Os resultados mostram que houve decréscimos significantes dos valores após a primeira e a segunda alegação da Defesa (colunas 3 e 5) e o veredicto do Júri

(coluna 7) com relação à investigação (coluna 1) (para todas as análises, $p < 0,001$).

Ainda houve reduções significativas entre a primeira e segunda alegação da Defesa (colunas 3 e 5) e entre a segunda alegação da Defesa e o veredicto do Júri (colunas 5 e 7) (para todos, $p < 0,001$). Um alto e significativo aumento foi mostrado entre os valores após a segunda alegação do Promotor (coluna 4) com relação à primeira alegação da Defesa (coluna 3).

Não houve diferenças estatisticamente significativas das médias dos valores dados às crenças e emoções nos pacientes submetidos ao Processo na modalidade estática, quando comparados à aplicação da técnica na modalidade Cadeira Vazia ($p > 0,05$). Não houve diferença nas médias dos pacientes quando se comparou aqueles acompanhados por terapeutas experientes versus terapeutas sem muito tempo de utilização do Processo ($p < 0,05$).

Por fim, observou-se que mais pacientes submetidos ao Processo, na modalidade Cadeira Vazia, concluíram todas as etapas do Processo, comparados com aqueles submetidos à aplicação estática, quando esses dados foram tratados de forma estatística ($\chi^2 = 9,26$; $df = 1$; $p = 0,004$).

DISCUSSÃO



13 DISCUSSÃO DOS DADOS

Este estudo mostrou a utilização do Processo, pela primeira vez, por terapeutas treinados em TCP. A estrutura que ele apresenta, como pode ser observado, contém diversas técnicas, dentre elas a Seta Descendente e a Reversão de Sentença.

Esta pesquisa replicou um estudo prévio (OLIVEIRA, 2008) no qual uma amostra menor (n=30) foi submetida ao Processo. Nesse estudo, os pacientes diminuíram a aderência à crença nuclear, bem como a intensidade da emoção correspondente, entre a fase de investigação (inquérito; coluna 1) e a primeira alegação do Advogado de Defesa (coluna 2) ($p < 0,001$) e depois do veredicto do Júri (coluna 7) ($p < 0,001$). Ao observar que o Processo apresenta 7 colunas e a alegação da defesa ocorre em 2 momentos, é interessante notar que no estudo de Oliveira também houve, entre a primeira e a segunda alegação da Defesa ($p < 0,009$) e entre a segunda alegação da Defesa e o veredicto do Júri, uma redução das crenças nucleares ($p < 0,05$) e das emoções ($p < 0,005$). Porém, ainda no estudo do mesmo autor, ele próprio foi o aplicador da técnica, além de ser o seu idealizador. Esta pesquisa confirma os resultados supracitados, mas a técnica, desta vez, foi aplicada por 32 terapeutas, ressaltando-se o poder da técnica em reduzir a adesão a crenças e suas emoções, independente de quem a aplica. Esse fato mostra o quão efetiva é a técnica em nível de aplicação por terapeutas, independente de suas experiências.

Uma técnica é um procedimento capaz de ser tão bem descrito, que também é capaz de ser replicada, com fidedignidade, por outro sujeito. Nesse sentido, a estrutura do Processo, por meio dos treinamentos, tem o potencial de ser aplicado no trabalho clínico com sucesso, promovendo modificações nas cognições e emoções dos paciente. É uma técnica muito bem estruturada e realizada passo a passo junto ao paciente. (ABREU; POWELL; SUDAK, 2012; DE OLIVEIRA, 2012a; DE OLIVEIRA; LANDEIRO, no prelo) Isso é importante pois pode explicar que não houve diferenças nos resultados entre terapeutas experientes e menos experientes.

Assim sendo, visto que não há diferença nos resultados com relação à experiência, considera-se que o Processo pode ser ensinado em curtos períodos de tempo e que os terapeutas podem utilizá-lo em serviços públicos de saúde ou emergências psiquiátricas e psicológicas. Também, pelo curto tempo para aplicação e ensino do procedimento, aliado à elevada eficácia da técnica, sugere-se que o

Processo é eficiente, além de eficaz e efetivo, visto que há uma relação favorável entre os resultados nos pacientes e o os recursos empregados no treinamento e aplicação.

Apesar dos resultados obtidos, não se pode concluir, apenas com este estudo, que o Processo promova mudanças duradouras nas crenças nucleares, pois foi o resultado de apenas uma sessão. Contudo, a técnica mostrou resultados duráveis nas mudanças cognitivas e emocionais em pacientes com Fobia Social (n=17) ao final de um tratamento de 12 sessões, quando comparado com a TC convencional. Os pacientes reduziram seus escores nas escalas de Medo De Avaliação Negativa e Esquiva Social ao final do tratamento. (DE OLIVEIRA et al., 2012) Desse modo, o procedimento pode promover nos pacientes a exposição a ambientes nos quais havia esquivas sociais e pensamentos automáticos de que seriam criticados ou avaliados negativamente.

A Fobia Social representa 9% (n=15) dos pacientes submetidos ao Processo neste estudo. O transtorno é principalmente caracterizado pelo medo da avaliação ou crítica durante a exposição social (ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA, 2002), o que leva o sujeito a evitar essas situações. As crenças interpessoais têm papel importante nesse transtorno e a mudança cognitiva é fundamental para a TCC em seu tratamento. (BODEN et al., 2012)

Pode-se hipotetizar que o enfrentamento ou exposição a ambientes antes evitados aumente após o questionamento de pensamentos automáticos e crenças nucleares presentes no Processo. Isso pode ser visto no ensaio clínico supracitado com fóobias sociais, onde os pacientes tiveram o Medo de Avaliação Negativa reduzido, o que pode promover ativamente a exposição.

Outro transtorno submetido ao Processo foi o TOC (n=10), representando 6% da amostra. O tratamento psicoterapêutico padrão para este transtorno é a técnica da Exposição e Prevenção de Respostas; em ensaios clínicos, esta técnica mostrou-se mais eficaz do que intervenções cognitivas, embora essas também sejam eficazes na redução dos sintomas. (HEMANNY et al., 2012) O problema desse procedimento é que os pacientes a ela submetidos tendem mais a abandonar o tratamento, possivelmente por associá-lo ao caráter aversivo da exposição. Assim, é recomendado o uso de reestruturações cognitivas, por provocarem menos aversão (WILHELM et al., 2009; OLANTUNJI et al., 2013) e por serem úteis em sintomas

puramente obsessivos, como rumações e percepções distorcidas sobre perigo e responsabilidade. (CORDIOLI; VIVAN, 2012)

Portanto, é possível que o Processo possa ser eficiente no questionamento de distorções cognitivas e nas crenças de pacientes com TOC, promovendo e facilitando a exposição, tanto no consultório, quanto no ambiente natural.

Pacientes com Transtorno do Pânico (n=7, 12,2%) foram beneficiados com a reestruturação. É indicado que o terapeuta use a Seta Descendente para dar evidência aos medos do paciente sobre os seus sintomas, revelando seus pensamentos durante um ataque de pânico. Também é recomendável que paciente e terapeuta se engajem numa colaboração empírica, criando oportunidades para descoberta de pensamentos e crenças e, principalmente, testando os pressupostos e promovendo crenças alternativas. O paciente também aprende a utilizar as técnicas vivenciadas em sua relação com o terapeuta para enfrentar problemas futuros. (SCOTT; FREEMAN, 2010; DATTILIO; HANNA, 2012) O Processo realiza exatamente esta testagem colaborativa, dando mais evidência ao Advogado de Defesa. Ao mesmo tempo, ao enfrentar um problema futuro, o paciente pode aprender a pensar, quando tiver um pensamento automático mal-adaptativo, que é apenas a voz de seu Promotor falando.

O segundo transtorno mais prevalente neste estudo foi o da Ansiedade Generalizada. É caracterizado pela presença de preocupações exageradas com situações do dia-a-dia, além dos sintomas de ansiedade. O tratamento para este transtorno pauta-se em lidar com as preocupações, dividindo-as em preocupações baseadas em problemas da realidade, modificáveis ou não, e problemas ou preocupações improváveis e, no caso dos problemas com possível resolução, aplicam-se técnicas de resolução de problemas. Também, utilizam-se técnicas de relaxamento e procedimentos de exposição. No caso de preocupações com conteúdo improvável, algum evento pode desencadear os pensamentos automáticos disfuncionais e comportamentos de esquiva da situação. No caso da aplicação de procedimentos cognitivos, a correção dessas distorções e crenças relacionadas pode promover melhora (POSSENDORO, 2007), o que dá força para a utilização do RPBP.

O transtorno mais prevalente neste estudo foi o Transtorno Depressivo Maior (n=48, 28,9%). Esta frequência está de acordo com a alta prevalência do transtorno em nível mundial, particularmente no Brasil, além de ser um problema de saúde

pública e um transtorno incapacitante. (MOUSSAVI et al., 2007; BROMET et al.; 2011; WILES et al., 2013) Sujeitos com depressão apresentam crenças nucleares negativas sobre si mesmo e podem ser beneficiados com técnicas para modificação de crenças, pressupostos subjacentes e esquemas (COOPER; HUNT, 1998; SHEPPARD; TEASDALE, 2000; WILES et al., 2013), portanto, o Processo parece uma estratégia promissora.

No aspecto da manutenção das novas crenças nucleares positivas, após a sessão onde se aplica o Processo, deve-se considerar o registro de fatos e experiências que sustentem a nova crença, por exemplo, “Eu sou capaz”. É dada para o paciente uma folha na qual ele poderá descrever a situação ocorrida, que sustente ou reforce a nova crença. Desse modo, pretende-se aumentar a probabilidade de que o paciente continue pensando de um modo que possibilite comportamentos de enfrentamento e, conseqüentemente, aumente seu funcionamento social, ocupacional e profissional; esses funcionamentos são características diagnósticas importantes nos transtornos mentais. (ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA, 2002) Numa linguagem comportamental, um comportamento ocorrerá ou não a depender de suas conseqüências. Conseqüências aversivas diminuem a ocorrência do comportamento que as produzem e conseqüências reforçadoras aumentam a ocorrência dos comportamentos que as produzem. (LOTUFO NETO, 1993) Assim sendo, o Processo produz novos pensamentos e comportamentos que, ao serem emitidos no dia-a-dia dos pacientes, podem ter sua frequência aumentada.

A mudança nas crenças tem papel importante na mudança de outros aspectos da cognição, além de que o paciente pode criar novas crenças mais saudáveis. (WENZEL, 2012) Por isso mesmo, é importante que, entre as sessões de terapia, o paciente seja encorajado a continuar levantando evidências, em favor de sua nova crença nuclear positiva. Existe um aumento no tamanho do efeito das Psicoterapias, particularmente as TCC, quando as tarefas de casa são realizadas. (KAZANTZIS, WHITTINGTON; DATTILIO, 2010; BOSWELL, 2013)

Durante a atividade associada à coluna 1 (inquérito/investigação), o paciente é levado a ativar sua crença nuclear negativa. O inquérito começa a partir de uma situação que ocorreu com ele. É importante destacar que, quando ele é questionado sobre a situação, passa a ter mais consciência dos aspectos nela envolvidos, bem como as emoções que a situação provocou. Estudos têm mostrado que uma parte

importante durante a Psicoterapia consiste exatamente na consciência da experiência emocional, possibilitando que o sujeito conheça os componentes da experiência (situação, pensamentos, comportamentos, emoções e sensações físicas), e, assim, sejam visualizadas as necessidades de mudança. Também, comportamentos que pareciam fora de controle no momento em que ocorreram podem se tornar mais lógicos, quando se observa o contexto, promovendo mais aceitação. (BOSWELL, 2013)

O Processo tem mais do que reestruturação, portanto: já na coluna 1, proporciona ao paciente autoconhecimento a respeito das emoções, pensamentos e, principalmente, a situação desencadeante. Também, os tipos de perguntas realizadas ao paciente podem ser vistas, de certa forma, como a técnica de Diálogo Socrático, que é a exploração de um tema mediante perguntas cuidadosamente elaboradas para se chegar a conclusões lógicas. (MIYAZAKI, 2004)

Assim que o paciente chega a uma crença, por exemplo, “Eu sou um fracasso”, geralmente existe a vivência de alguma emoção, por exemplo, de tristeza ou ansiedade. As CN negativas podem ser entendidas como autocrítica, compreendida como pensamentos ou crenças que as pessoas têm sobre si mesmas, e estão associadas a comportamentos e emoções mal adaptativos. Também, pessoas com pensamentos autocríticos avaliam mais negativamente suas relações com o terapeuta, podem apresentar hostilidades, o que prejudica a aliança terapêutica na escolha dos objetivos. As autocríticas estão presentes em pacientes com depressão e outros transtornos mentais. Desse modo, várias abordagens têm sido propostas para lidar com esses padrões de pensamento e comportamento, desde as abordagens psicodinâmicas até abordagens cognitivas. Então, o Processo pode ser utilizado no tratamento de pessoas autocríticas, dada a redução observada no presente estudo do crédito atribuído a frases autoacusatórias. (KANAAAN; LEVITT, 2013)

Dada a visível modificação das crenças dos pacientes submetidos ao Processo e o pressuposto de que, modificando as crenças, modificam-se emoções e comportamentos dos indivíduos, a abordagem visivelmente faz parte das TCC, as quais se propõem a modificar as cognições do indivíduo e, com isso, os comportamentos e emoções envolvidos nas psicopatologias. (DOBSON; DOZOIS, 2010)

É importante teorizar sobre como as mudanças ocorrem no nível cognitivo. Visto que a cognição pode ser descrita ou definida como comportamento verbal (WILSON; HAYES; GIFFORD, 1997), então a crença “Eu sou um fracasso” pode ser entendida como um comportamento verbal no qual o indivíduo descreve seu estado atual, descrição esta que está baseada nas situações e sensações, visualizadas na coluna 1 (inquérito). Quando é difícil modificar o comportamento não verbal dos indivíduos, suas atitudes (por exemplo, ficar isolado ou não se engajar em atividades da vida diária, no caso de indivíduos com depressão) podem ser modificadas através da mudança daquilo que o que o sujeito fala. Em outras palavras, podem-se produzir mudanças no que o indivíduo faz, modificando aquilo que o indivíduo diz. (CATANIA, 1999) Isso ocorre, pois existe uma relação entre as experiências que o sujeito teve e as palavras que ele usa para descrevê-las. Por exemplo, para um determinado paciente, o fato de uma pessoa não o procurar mais (“João não me procurou mais”) significa que ele não é mais interessante e não ser interessante foi associado, na experiência de vida desse indivíduo, como alguém estranho, portanto, ele pode dizer “Sou estranho”.

Para a Teoria Cognitiva, a cognição representa a função mediadora entre organismo e ambiente e atribui significado às experiências. (BECK; ALFORD, 2000) A partir de determinado evento, o indivíduo atribui um significado a si mesmo, com a frase “Eu sou estranho”. Para a Teoria Cognitiva, o evento foi processado com posterior atribuição desse significado.

No RPBP, quando o terapeuta faz mais perguntas ao paciente sobre situações nas quais ele não se descreveria como “estranho”, como ocorre na coluna 3 (primeira alegação da Defesa), o paciente passa a ficar sob controle de outra situação, por exemplo, “Na festa, fui paquerada”. Aqui, é muito importante mencionar que o terapeuta é alguém que, verbalmente, dá condições para que o cliente observe seus comportamentos e faça novas associações. Durante as etapas do Processo acompanhadas nos Resultados, observa-se que quando os pacientes assumiam a função do Advogado de Defesa (colunas 3 e 5), eles relatavam que suas emoções negativas, por exemplo, ansiedade ou tristeza, diminuía. Como as consequências dos comportamentos podem alterar o comportamento que as produziu (CATANIA, 1999), a consequência específica — redução de emoções aversivas — pode fazer com que o sujeito continue observando essas reações orgânicas em seu dia-a-dia e, com isso, modifique sua forma de pensar.

Completando, a Teoria Cognitiva postula que as psicopatologias são o resultado de construções ou significados mal-adaptativos que o indivíduo atribui a si mesmo (*self*), ao mundo e ao futuro. (BECK; ALFORD, 2000) Durante o Processo, ocorre a conscientização de que significados sobre si mesmo podem estar equivocados, levando-se em conta a descrição de outros dados do ambiente, o que ocorre, principalmente, na coluna 3 (primeira alegação da defesa).

Durante cada coluna do Processo, são levantados dados do ambiente do sujeito para que ele possa descrever a situação de outras formas (atribuir novos significados). Perguntas são feitas em cada coluna de modo a promover novas relações entre eventos capazes de promover comportamentos mais adaptativos. Uma visão teórica sobre isso mostra que as pessoas aprendem a descrever e relacionar eventos (WILSON; HAYES; GRIFFORD, 1997) e, assim, o fazem por meio de vários processos, dentre os quais estão o falar consigo mesmo e o falar com os outros; a imitação do comportamento verbal de outros; a observação do seu próprio comportamento, das instruções e das consequências do falar. (CATANIA, 1995) Em suma, as pessoas constroem ativamente significados de suas realidades (BECK; ALFORD, 2000) possivelmente através de perguntas proporcionadas por essa técnica.

É importante destacar a importância do terapeuta durante a realização da sessão de Psicoterapia, não apenas na técnica apresentada neste estudo, mas durante qualquer TCC. Na aplicação do Processo, terapeuta e cliente se engajam na descrição e observação de experiências, autodescrições e autoobservação das emoções ao longo dos questionamentos. O terapeuta guia o comportamento verbal do cliente em direção a formas mais adaptativas. Então, não apenas a relação terapêutica produz mudança, mas a técnica também: parece que o papel de ambas é justamente promover um contexto para a ocorrência de mudanças cognitivas e comportamentais. (WILSON; HAYES; GRIFFORD, 1997; RUIZ-SANCHO; FROJÁN-PARGA, CALERO-ELVIRA, 2013)

Outro resultado desta pesquisa aponta que não houve diferença estatisticamente significativa na comparação do Processo, no modo Estático versus Cadeira Vazia. A utilização de um procedimento de Cadeira Vazia é sustentado pela utilização de técnicas oriundas da Gestalt e se baseia num processo terapêutico dialético, segundo o qual algum aspecto do comportamento do indivíduo, chamado por esta abordagem de *self*, é colocada em contato com alguma outra parte do *self*,

podendo ocorrer mudanças pelo desenvolvimento de consciência e do diálogo entre essas duas ou mais partes. (WATSON et al., 2003; KANAAN; LEVIT, 2013) Esse procedimento, por possibilitar a dramatização, pode auxiliar no desenvolvimento de novos comportamentos e emoções mais adequadas, proporcionando também a redução de inibições emocionais. (CANGELLI FILHO, 2004)

Mesmo assim, independente da modalidade Cadeira Vazia, ao assumir ativamente as cadeiras da Promotoria, do Advogado de Defesa e do Júri, o paciente pode ter uma modificação comportamental maior pela vivência de um diálogo consigo mesmo.

Possivelmente, um dos mecanismos implicados na modificação do comportamento por meio do diálogo das partes com o *self* consiste na emissão de comportamentos novos, além de deixar a terapia mais experiencial, em vez de apenas um espaço de fala sobre os problemas.

Neste estudo, é possível que a observação de apenas uma sessão possa ter influenciado os resultados, quando o Processo aplicado em seu modo Estático foi comparado ao método Cadeira Vazia, não mostrando diferenças: ambos os modelos foram eficientes na redução de crédito dado à crença. Ensaios clínicos avaliando mais de uma sessão e comparando essas duas formas de aplicação se fazem necessários.

Esta pesquisa apresentou algumas limitações, ocasionadas pela metodologia. A primeira delas diz respeito a possíveis vieses de aferição e seleção, pois, em alguns casos, não foi tão bem controlado o diagnóstico de cada paciente e nem a forma como o diagnóstico foi realizado, seja por encaminhamento de outro profissional, seja pelo próprio terapeuta. Recomenda-se a realização de entrevistas semiestruturadas para confirmação do diagnóstico, além de verificar a ocorrência de comorbidades.

Também, por ser um estudo naturalístico, outras variáveis ficaram sem controle, como tempo da sessão, aplicação fidedigna do Processo e possíveis interrupções da técnica por motivos do paciente.

O estudo poderia ser enriquecido por uma sessão posterior para verificar a adesão às novas crenças construídas, para verificar a durabilidade dos efeitos obtidos ao longo do tempo. Além disso, outros estudos são sugeridos, como um ensaio clínico, para avaliar a eficácia do RBP em sua Forma Estática versus o modo Cadeira Vazia.

CONCLUSÕES



14 CONCLUSÕES

O RPBP foi aplicado por 32 terapeutas e em 166 clientes de modo transdiagnóstico e mostrou-se eficiente nessa população na redução do crédito dado à crença nuclear e sua emoção correspondente, já que houve uma melhora (tabela 5) de 74,57% em relação à crença e 76,75% em relação à emoção relacionada, mesmo apesar dos vieses. O estudo mostrou que o Processo pode ajudar os clientes, pelo menos temporariamente, a reestruturar suas cognições, visto que a abrangência deste estudo foi de apenas uma sessão.

A redução do crédito às CN negativas foi significativa independente do formato: Estático ou Cadeira Vazia, ou do nível de exposição do terapeuta ao Processo, o que indica a eficiência desse registro de pensamentos.

Salienta-se que o uso desses procedimentos parece promissor para incentivar o cliente a reduzir autocríticas e possivelmente aumentar o nível de exposição do indivíduo a situações que ele evita, portanto, trata-se de uma técnica que pode ser utilizada em larga escala e independente do transtorno mental.

REFERÊNCIAS



REFERÊNCIAS

- ABREU, C. N.; GUILHARDI, H. J. (Org.). **Terapia comportamental e cognitivo-comportamental**. São Paulo: Roca, 2004.
- ABREU, N.; POWELL, V. B.; SUDAK, D. Cognitive-behavioral therapy for depression. In: DE OLIVEIRA, I. R. (Org.). **Standard and innovative strategies in cognitive behavior therapy**. Rijeka: InTech, 2012.
- ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV-TR).. 4. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- BARBOSA, J. I. C.; BORBA, A. O surgimento das terapias cognitivo-comportamentais e suas consequências para o desenvolvimento de uma abordagem clínica analítico-comportamental dos eventos privados. **Rev. Bras. Ter. Comport. Cogn.**, São Paulo , v. 12, n. 1-2, jun. 2010.
- BECK, A. T. The current state of cognitive therapy, a 40-year retrospective. **Arch Gen Psychiatry**, Belmont, v. 62, n. 9, p. 953-959, 2005.
- BECK, A. T.; ALFORD, B. T. **O poder integrador da terapia cognitiva**. Porto Alegre: Artmed, 2000.
- BECK, A. T. et al. An inventory for measuring depression. **Arch Gen Psychiatry**, Boston, v. 4, n. 6, p. 561-571, 1961.
- BECK, A. T. et al. **Terapia cognitiva da depressão**. Porto Alegre: Artmed, 1997.
- BECK, J. **Terapia cognitiva: teoria e prática**. Porto Alegre: Artmed, 1997.
- BECK, A.T.; RUSH, A.J.; SHAW, B.F.; EMERY, G. **Cognitive Therapy of Depression**. The Guilford Press, 1979.
- BODEN, M. T. et al. The role of maladaptive beliefs in cognitive-behavioral therapy: Evidence from social anxiety disorder. **Behaviour Research and Therapy**, New Brunswick, v. 50, n. 5, p. 287-291, 2012.
- BOSWELL, J. F. Intervention strategies and clinical process in transdiagnostic cognitive-behavioral therapy. **Psychotherapy**, Glasgow, v. 50, n. 3, p. 381-386, 2013.
- BROMET, E. et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode, **BMC Med**, Aberdeen, v. 9, n. 90, 2011.
- BURNS, D. D. **Feeling good: the new mood therapy**. New York: Signet, 1980.

- CANGELLI FILHO, R. C. Técnica da cadeira vazia. In: ABREU, C. N.; GUILHARDI, H. J. (Org.). **Terapia comportamental e cognitivo-comportamental**. São Paulo: Roca, 2004.
- CATANIA, A. C. **Aprendizagem: linguagem, comportamento e cognição**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.
- CATANIA, A. C. Higher-order behavior classes: contingencies, beliefs, and verbal behavior. **J. Behav. Ther. & Exp. Psychiat**, Maastricht, v. 26, n. 3, p. 191-200, 1995.
- COOPER, M.; HUNT, J. Core beliefs and underlying assumptions in bulimia nervosa and depression. **Behaviour Research and Therapy**, New Brunswick, v. 36, n. 9, p. 895-898, 1998.
- CORDIOLI, A. V.; VIVAN, A. Cognitive-behavioral therapy of obsessive-compulsive disorder. In: DE OLIVEIRA, I. R. (Org.). **Standard and innovative strategies in cognitive behavior therapy**. Rijeka: InTech, 2012.
- COSTA, M. N. P. **Terapia analítico-comportamental: dos fundamentos filosóficos à relação com o modelo cognitivista**, Santo André, SP: ESETec Editores Associados, 2002.
- DATTILIO, F. M.; HANNA, M. A. Collaboration in cognitive-behavioral therapy. **Journal of Clinical Psychology: In session**, College Station, v. 68, n. 2, p. 146-158, 2012.
- DATTILIO, F. M.; PADESKY, C. A. **Terapia cognitiva com casais**. Porto Alegre: Artmed, 1995.
- DE OLIVEIRA, I. R. Assessing and restructuring dysfunctional cognitions. In: DE OLIVEIRA, I. R. (Org.). **Standard and innovative strategies in cognitive behavior therapy**. Rijeka: InTech, 2012a.
- DE OLIVEIRA, I. R. Kafka's trial dilemma: proposal of a practical solution to Joseph K.'s unknown accusation. **Medical Hypotheses**, Birmingham, v. 77, n. 1, p. 5-6, 2011a.
- DE OLIVEIRA, I. R. Sentence-reversion-based thought record (SRBTR): a new strategy to deal with "yes, but..." dysfunctional thoughts in cognitive therapy. **Revue Européenne de Psychologie Appliquée**, Toulouse, v. 57, n. 1, p. 17-22, 2007.
- DE OLIVEIRA, I. R. Trial-based cognitive therapy. In: **COMMON Language for Psychotherapy Procedures**. 2011b. Disponível em: <www.commonlanguagepsychotherapy.org>. Acesso em: 20 out 2013.
- DE OLIVEIRA, I. R. Trial-based thought record (TBTR): preliminary data on a strategy to deal with core beliefs by combining sentence reversion and the use

of analogy with a judicial process. **Rev Bras Psiquiatr.**, Porto Alegre, v. 30, n. 1, p. 12-18, 2008.

DE OLIVEIRA, I. R. Use of the trial-based thought record to change negative core beliefs. In: DE OLIVEIRA, I. R. (Org.). **Standard and innovative strategies in cognitive behavior therapy**. Rijeka: InTech, 2012a.

DE OLIVEIRA, I. R.; LANDEIRO, F. M. **Como eu faço terapia cognitiva processual**. No prelo.

DE OLIVEIRA, I. R.; PEREIRA, M. O. Questionando crenças irracionais. In: ABREU, C. N.; GUILHARDI, H. J. (Org.). **Terapia comportamental e cognitivo-comportamental**. São Paulo: Roca, 2004.

DE OLIVEIRA, I. R. et al. Efficacy of the trial based thought record, a new cognitive therapy strategy designed to change core beliefs, in social phobia. **Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics**, Nottingham, v. 37, n. 1, p. 328-334, 2012b.

DE OLIVEIRA, I. R. et al. **Initial psychometric properties of the cognitive distortions questionnaire (CD-Quest)**. Toronto, 2011. Presented at the 45th Annual Meeting of the Association for Behavioral and Cognitive Therapies (ABCT), Canada, Nov., 10-13, 2011.

DeRUBEIS, R. J. et al. Cognitive therapy. In: DOBSON, K. S. (Org.). **Handbook of cognitive-behavioral therapies**. 3. ed. New York: Guilford, 2010.

DOBSON, K. S.; DOZOIS, D. J. A. Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies. In: DOBSON, K. S. (Org.). **Handbook of cognitive-behavioral therapies**. 3. ed. New York: Guilford, 2010, cap. 1, p. 3-38.

FLAVELL, J. H. Metacognition and cognitive monitoring: a new area of cognitive- developmental inquiry. **American Psychologist**, Washington, v. 39, n. 10, p. 906-911, 1979.

FREEMAN, A.; DeWOLF, R. **The 10 dumbest mistakes smart people make an how to avoid them**. New York: Harper Perennial, 1992.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. Validation of a Portuguese version of the beck depression inventory and the state-trait anxiety inventory in Brazilian subjects. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, Ribeirão Preto, v. 29, n. 4, p. 453-457, 1996.

GRANT, P.; YOUNG, P. R.; DERUBEIS, R. J. Cognitive and behavioral therapies. In: GABBARD, G.; BECK, J. S.; HOLMES, J. (Org.). **Oxford textbook of psychotherapy**. London: Oxford University Press, 2005.

HAYES, S. C. et al. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. **Behavior Therapy**, Philadelphia, v. 44, n. 2, p. 180-198, 2013.

HEMANNY, C. et al. Psicoterapia versus farmacoterapia no tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão sistemática. **R. Ci. Med. Biol.**, Salvador, v. 11, n. 2, p. 239-244, 2012.

HOFMANN, S. G.; ASMUNDSON, G. J. G.; BECK, A. T. The science of cognitive therapy. **Behavior Therapy**, Philadelphia, v. 44, n. 2, p. 199-212, 2013.

KAFKA, F. **O processo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

KANAAN, D.; LEVITT, H. M. A review of client self-criticism in psychotherapy. **Journal of Psychotherapy Integration**, Be'er Sheva, v. 23, n. 2, p. 166 –178, 2013.

KAZANTZIS, N.; WHITTINGTON, C.; DATTILIO, F. Meta-analysis of homework effects in cognitive and behavioral therapy: a replication and extension. **Clinical Psychology: Science and Practice**, Memphis, v. 17, n. 2, p. 144-156, 2010.

KNAPP, P.; BECK, A. T. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da teoria cognitiva. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Porto Alegre, v. 30, supl. 2, p.54-64, 2008.

LOTUFO-NETO, F. Terapia comportamental. In: CORDIOLI, A. V. (Org.). **Psicoterapias: abordagens atuais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

LOURENÇO, L. C. D.; PADOVANI, R. C. Fantasias freudianas: aspectos centrais e possível aproximação com o conceito de esquemas de Aaron Beck. **Psico-USF**, Itatiba, v. 18, n. 2, 2013.

MEYER, S. B. Mudamos, em terapia verbal, o controle de estímulos? **Acta Comportamental**, Veracruzan, v. 8, n. 2, p. 215-225, 2000.

MIYAZAKI, M. C. O. S. Diálogo socrático. In: ABREU, C. N.; GUILHARDI, H. J. (Org.). **Terapia comportamental e cognitivo-comportamental**. São Paulo: Roca, 2004.

MOUSSAVI, S. et al. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. **The Lancet**, London, v. 370, n. 9590, p. 851-858, 2007.

OLATUNJI, B. O. et al. Behavioral Versus cognitive treatment of obsessive-compulsive disorder: an examination of outcome and mediators of change. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Philadelphia, v. 81, n. 3, p. 415- 428, 2013.

PADESKY, C.A.; GREENBERGER, D. **Clinician's guide to mind over mood**. New York: Guilford, 1995.

POSSENDORO, G. Transtorno de Ansiedade Generalizada. In: ANGELOTTI, G. (Org.). **Terapia cognitivo-comportamental para os transtornos de ansiedade**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

RUIZ-SANCHO, E. M.; FROJÁN-PARGA, M. X.; CALERO-ELVIRA, A. Functional analysis of the verbal interaction between psychologist and client during the therapeutic process. **Behav Modif**, Maryland, v. 37, n. 4, p. 516-42, 2013.

SCOTT, J.; FREEMAN, A. Beck's cognitive therapy. In: KAZANTIZIS, N.; M. REINECKE, M.; FREEMAN, A. (Org.). **Cognitive and behavioral theories in clinical practice**. New York: Guildford, 2010.

SHAHAR B. et al. A pilot investigation of emotion-focused two-chair dialogue intervention for self-criticism. **Clin Psychol Psychother**, Amsternam, v. 19, n. 6, p. 496-507, 2012.

SHEPPARD, L.; TEASDALE, J. D. Dysfunctional thinking in major depressive disorder: a deficit in metacognitive monitoring? **Journal of Abnormal Psychology**, Atlanta, v.109, n. 4, p. 768-776, 2000.

SILVA, E. A. Flecha descendente. In: ABREU, C. N.; GUILHARDI, H. J. (Org.). **Terapia comportamental e cognitivo-comportamental**. São Paulo: Roca, 2004.

SKINNER, B. F. **Ciência e comportamento humano**. 11. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

SKINNER, B. F. **Comportamento verbal**. São Paulo: Cultrix, 1978.

SKINNER, B. F. **Contingences of reinforcement: a theoretical analysis**. New York: Apleton-Century-crofts, 1969.

SKINNER, B. F. **Sobre o behaviorismo**. 10. ed. São Paulo: Cultrix, 2006.

SPADA, M. M. et al. The role of metacognitions in problematic internet use. **Computers in Human Behavior**, Quebec, v. 24, n. 5, p. 2325-2335, 2008.

STERNBERG, R. J. **Psicologia cognitiva**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

TEIXEIRA, M. C. T. V. Rotulação das distorções cognitivas. In: ABREU, C. N.; GUILHARDI, H. J. (Org.). **Terapia comportamental e cognitivo-comportamental**. São Paulo: Roca, 2004.

WATSON, J. C. et al. Comparing the effectiveness of process–experiential with cognitive–behavioral psychotherapy in the treatment of depression. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Philadelphia, v. 71, n.4, n. 4, p. 773–781, 2003.

WENZEL, A. Modification of core beliefs in cognitive therapy. In: DE OLIVEIRA, I. R. (Org.). **Standard and innovative strategies in cognitive behavior therapy**. Rijeka: InTech, 2012.

WENZEL, A.; BROWN, G. K.; KARLIN, B. E. **Cognitive behavioral therapy for depression in veterans and military servicemembers: therapist manual**. Washington, DC: Department of Veterans Affairs, 2011.

WILES, N. et al. Cognitive behavioural therapy as an adjunct to pharmacotherapy for primary care based patients with treatment resistant depression: results of the CoBaIT randomised controlled trial. **The Lancet**, London, v. 381, n. 9864, p. 375-384, 2013.

WILHELM, S. et al. Modular cognitive therapy for obsessive compulsive disorder: a wait-list controlled trial. **Journal of Cognitive Psychotherapy**, New York, v. 23, n. 4, p. 294-305, 2009.

WILLS, F. **Beck's cognitive therapy: distinctive features**. New York: Routledge, 2009.

WILSON, K. G.; HAYES, S. C.; GIFFORD, E. V. Cognition in behavior therapy: agreements and differences. **J. Beh. Ther. & Exp. Psychiat.**, Maastrich, v. 28, n. 1, p. 53-63, 1997.

ANEXO A – Artigo Publicado

CNS Spectrums

<http://journals.cambridge.org/CNS>

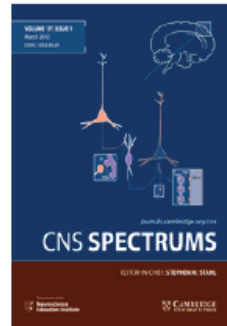
Additional services for *CNS Spectrums*:

Email alerts: [Click here](#)

Subscriptions: [Click here](#)

Commercial reprints: [Click here](#)

Terms of use : [Click here](#)



Trial-based psychotherapy and the efficacy of trial-based thought record in changing unhelpful core beliefs and reducing self-criticism

Irismar Reis de Oliveira, Curt Hemmany, Vania B. Powell, Thaís D. Bonfim, Érica P. Duran, Nilma Novais, Michella Velasquez, Elaine Di Sarno, Gledson L. Alves and Joici A. Cesnik

CNS Spectrums / Volume 17 / Issue 01 / March 2012, pp 16 - 23
DOI: 10.1017/S1092852912000399, Published online: 26 April 2012

Link to this article: http://journals.cambridge.org/abstract_S1092852912000399

How to cite this article:

Irismar Reis de Oliveira, Curt Hemmany, Vania B. Powell, Thaís D. Bonfim, Érica P. Duran, Nilma Novais, Michella Velasquez, Elaine Di Sarno, Gledson L. Alves and Joici A. Cesnik (2012). Trial-based psychotherapy and the efficacy of trial-based thought record in changing unhelpful core beliefs and reducing self-criticism. *CNS Spectrums*, 17, pp 16-23
doi:10.1017/S1092852912000399

Request Permissions : [Click here](#)

Trial-based psychotherapy and the efficacy of trial-based thought record in changing unhelpful core beliefs and reducing self-criticism

Irismar Reis de Oliveira,^{1*} Curt Hemmamy,¹ Vania B. Powell,¹ Thaís D. Bonfim,¹
Érica P. Duran,² Nilma Novais,² Michella Velasquez,² Elaine Di Sarno,²
Gledson L. Alves,² and Joici A. Cesnik² and on behalf of the Brazilian TBTR Study Group

¹ Department of Neurosciences and Mental Health, Federal University of Bahia, Salvador, Brazil

² Independent clinical psychologist, on behalf of the Brazilian TBTR Study Group

Introduction. The best prevention against relapse results when patients are taught to restructure negative core beliefs (CBs). Efficacy of the trial-based thought record (TBTR) in decreasing the credit given by patients to negative CBs and corresponding emotions was evaluated.

Method. Patients ($n = 166$) were submitted to a simulation of a legal trial to assess their adherence to negative CBs and corresponding emotions after each cognitive therapy technique incorporated by TBTR.

Results. Significant reductions existed in percent values after the first and second defense attorney pleas, as well as after jury's verdict and initial preparation for the appeal ($p < 0.001$), relative to the investigation phase. Significant differences also emerged between the defense attorney's first and second pleas and between the defense attorney's second plea and jury's verdict, as well as preparation for the appeal ($p < 0.001$). There was no significant difference between percentages presented by patients submitted to TBTR used in the empty chair format relative to the conventional format. Similarly, there was no difference between outcomes, regardless of therapists' level of exposure to TBTR.

Conclusion. TBTR may help patients reduce attachment to negative CBs and corresponding emotions. Outcomes were significantly favorable regardless of the format use and therapists' level of exposure to TBTR.

Received 15 January 2012; Accepted 9 February 2012.

Key words: Cognitive therapy, Core beliefs, Self-criticism, Trial-based cognitive therapy, Trial-based thought record.

FOCUS POINTS

- Self-criticism plays a key role in most psychological disorders and anticipates poor outcome in psychotherapy.
- Core beliefs (CBs) are inflexible, absolute, and generalized beliefs that people hold about themselves, others, the world, and/or the future.
- Trial-based thought record (TBTR) is a 7-column thought record conducted as the simulation of a "judicial trial" in order to weigh evidence for and against negative, unhelpful CBs (e.g., "I'm a failure" or "I'm weak"), and activate more helpful ones (e.g., "I'm a normal person" or "I'm capable").
- TBTR is a clinical strategy that uses common cognitive therapy techniques incorporated as a metaphor of a legal trial.

- TBTR may at least temporarily help patients constructively reduce self-criticism by changing negative CBs and their corresponding emotions.

Introduction

Self-criticism, considered a central aspect of many forms of psychological distress, is the propensity to bitterly and punitively judge and scrutinize oneself. It plays a key role in most psychological disorders and anticipates poor outcome in psychotherapy. As a transdiagnostic process, it is found in depression, social anxiety, post-traumatic stress disorder, borderline personality disorder, self-injurious behaviors, suicidality, bipolar disorder, schizophrenia, and eating disorders.¹

Core belief (CB) is a term used in cognitive-behavioral therapy (CBT) to describe a fundamental, inflexible, absolute, and generalized belief that a person holds about him or herself, others, the world, and/or the future, usually resulting from messages received, over time, during a person's formative years,

*Address correspondence to Irismar Reis de Oliveira, MD, PhD, Department of Neurosciences and Mental Health, Federal University of Bahia, Avenida Reitor Miguel Calmon, s/n°, Vale do Canela, Salvador, Bahia, 40110-905, Brazil.
(Email: irismar.oliveira@uol.com.br)

but also during times of significant stress during adulthood.² Thus, the greatest amount of change and the best prevention against relapse result when patients are taught to consistently identify and restructure their negative CBs.^{2,3} (The word "negative" here does not intend to have a judgmental connotation; it means that the belief is unhelpful or dysfunctional, but in certain circumstances, "negative" core beliefs may be helpful and functional.) When unhelpful negative CBs are activated, people process information in a circular and biased manner,⁴ in such a way that they attend to, assign importance to, encode, and retrieve information that is consistent with such CBs, and overlook information that is inconsistent with them.² Thus, there is a reciprocal influence between information processing biases and CBs, so that information biases strengthen a person's CBs, and the CBs strengthen information processing biases.^{2,4}

Inspired by Franz Kafka,⁵ De Oliveira⁶⁻⁸ has proposed a psychological approach, called the trial-based thought record (TBTR), or, in short, "the Trial," designed to make patients aware of their negative CBs about themselves, conceptualized as self-accusations, and to restructure them. In Kafka's book, *The Trial*,⁵ Joseph K., for reasons never disclosed, is arrested and finally condemned and executed without even knowing the crime of which he was accused. The rationale for proposing the TBTR was that it could be useful in making patients aware of their self-accusations (negative CBs) and, differently from Joseph K.'s process, engaging them in a constructive trial to develop more functional and helpful CBs.⁹

It was recently proposed that TBTR could be used both in its conventional restructuring format and also in a more experiential format, by means of the empty chair approach.⁹ The empty chair, sometimes called two-chair, approach was first used by Carstenson,¹⁰ and stimulates the patient to dialogue between two or more aspects of the self—one aspect expressed while sitting in one chair and the other expressed while sitting in the other one—switching as needed from one chair to the other.¹¹ The purpose of this intervention is the emotional transformation and integration of unconnected aspects of the self.¹ It is largely accepted that the self-critical split may be resolved only when it is enacted and experienced. The emotions of each part of the self, in order to undergo transformation, should actually be experienced. Therefore, merely talking about and intellectually understanding the split process may not be sufficient.¹

The purpose of this study was (1) to assess the efficacy of TBTR in decreasing the attachment of the patients to their self-critical negative CBs and corresponding emotions; (2) to assess the differential efficacy of the TBTR employed in the empty chair format versus its originally described conventional

format; and (3) to compare the differential efficacy of TBTR conducted by therapists exposed to short-term vs. long-term training.

Material and Methods

Design

This study is a naturalistic observation of the first use of TBTR by cognitive therapists in their natural and habitual settings in several large Brazilian cities.

Description of the intervention

TBTR is a 7-column thought record conducted by the therapist and the patient as the simulation of a "judicial trial" during a 1-hour session, in order to weigh evidence for and against negative, unhelpful CBs (e.g., "I'm a failure" or "I'm weak"), and activate more helpful ones (e.g., "I'm a normal person" or "I'm capable"). Patients' adherence to negative CBs and the intensity of corresponding emotions, shown in percentages, are assessed after each cognitive therapy technique incorporated by TBTR.

This approach incorporates, in a structured format and sequence, several techniques commonly used in CBT and other approaches: downward arrow,^{12,13} examining the evidence,¹⁴ defense attorney,¹⁵⁻¹⁸ thought reversal,^{16,19} identifying cognitive distortions,^{3,4,17} upward arrow,^{7,17,19} developing a more positive schema,¹⁷ and positive self-statement logs.³

A description of TBTR and a case vignette are available online, at http://www.commonlanguagepsychotherapy.org/fileadmin/user_upload/Accepted_procedures/trial-based.pdf.⁸

Therapists

Therapists ($n = 32$) had two levels of exposure regarding TBTR, namely short-term and long-term exposure.

Short-term exposure to TBTR involved therapists ($n = 25$) who attended 1 or 2 of the 3-day workshops on TBTR, each workshop comprising 24 hours of training that included mostly video and role-play demonstrations, and practice with peers. Their experience as cognitive therapists ranged from 1 to 22 years (5.8 ± 5.1). Nineteen (79.2%) were certified cognitive therapists.

Long-term exposure ($n = 7$) included psychologists who, besides attending 1 or 2 of the same training workshops described above, had also attended a 2-year cognitive therapy specialization course organized by 2 of us (IRO and VBP) in which they had extensive practice in the use of TBTR. Their experience as cognitive therapists ranged from 2 to 6 years (4.1 ± 1.3). All were certified cognitive therapists.

Thus, the expressions "short-term" and "long-term" do not account for their experience as cognitive therapists, but solely for their familiarity with TBTR. All therapists participating in this study attended 1 or 2 of the 3-day training workshops held between August 19 and November 20, 2011, in several Brazilian cities, namely São Paulo, Cuiabá, Salvador, Recife, and Florianópolis. Those who accepted the invitation to participate were told that any patient with any psychiatric diagnosis, aged 18 years or older, could be included in this naturalistic observation, no matter in which session of the therapy process the TBTR was used for the first time, and regardless of the outcome. A conservative attitude was emphasized, and therapists were repeatedly informed that any incomplete use of TBTR with any patient should be considered for inclusion in this study. For instance, if the therapist proposed using TBTR to a patient, identified a negative CB by means of the downward arrow technique and its corresponding emotion (investigation phase), and assessed its percentage, but interrupted it for any reason, this patient should still be included in this research. This strategy intended to avoid any selection bias and would be analyzed with the intent to treat (ITT) method.

Participants

To be included in the study, participants could be adults of any age, be able to read and write, and be able to understand and sign the informed consent form. The only exclusion criteria were patients with whom TBTR was previously used and the inability to read and write. Use of psychotropic medications were accepted and recorded.

Assessments

As therapists use different ways to assess mood in their clinical practice, and this protocol did not involve any interference in their habitual clinical settings (except for the use of the TBTR), the only outcome measures assessed in this study were the percentage of credit the patients attributed to their CBs, and the percentage of the intensity of corresponding emotional reactions. Thus, participants were asked to inform how much they believed in the CB (e.g., "I believe 80% that I am a failure"), and how much the corresponding emotion was, from 0 to 100% (e.g., "85% sad"). Such information is part of the TBTR approach.

Statistical analyses

All patients who provided at least the initial TBTR assessment (step 1) between September 1 and December 31, 2011, were included in the analyses, with last observed data carried forward (LOCF). The data that were collected, including investigation of the CB by means of the downward arrow (step 1), prosecutor's first plea

(step 2), defense attorney's first plea (step 3), prosecutor's second plea (step 4), defense attorney's second plea (step 5), jury's verdict (step 6), and initial preparation for the appeal (step 7), were used for statistical analyses.

We used nonparametric tests to identify differences between the groups in demographic and clinical variables. A Friedman nonparametric test for several related samples was used to assess whether there were differences among the mean ranks during the intervention. The Wilcoxon signed ranks test was used to assess differences among the contrasting pairs. In this case, a Bonferroni correction on alpha was made. Analyses involving treatment modality (empty chair vs. conventional format) and exposure of therapists to TBTR were made by means of the Mann-Whitney test. Unless stated otherwise, the level of significance was set at 0.05. All analyses were conducted with SPSS 17.0.

Results

Table 1 provides information regarding gender, age, session, diagnosis, and medication use, and Table 2 presents the mean (SD) percentage of credit given to the CBs by the patients and the percentage of the intensity of emotions derived from the first application of TBTR ($n = 166$). Figure 1 shows that there were shifts in how much the patients believed in their self-accusations/CBs, and in the intensity of the corresponding emotions after each procedure, from steps 1 through 7.

All but one of the patients (99.4%) reached the prosecutor's second plea. The exception was a depressed patient whom, after the identification and assessment of the negative CB, did not accept continuation of this approach. One hundred sixty patients (96.4%) reached the defense attorney's second plea, 158 (95.2%) reached the jury's decision, and 147 (88.6%) reached the initial preparation for the appeal, the latter being considered completers.

In the LOCF analysis, a significant overall difference ($p < 0.001$) between the mean ranks of the TBTR steps, both in the percentage credit attributed to CBs and the intensity of emotions, relative to baseline (step 1), was observed. As there was a large number of comparisons that would prevent them from being independent from one another,²⁰ and 8 comparisons post hoc were made, we made a Bonferroni correction on alpha, such that p would need to be $.05/8 = .006$ to be significant. There were significant decreases between values after the defense attorney's pleas (steps 3 and 5), jury's verdict (step 6), and initial preparation for the appeal (step 7) relative to the investigation (all $p < 0.001$). Statistically significant reductions were also shown between the defense attorney's first and second pleas, between the defense attorney's second plea and jury's verdict, and between the defense attorney's second plea and initial

Table 1. Demographic features, diagnosis, and use of medication

	Total sample (<i>n</i> = 166)	Empty chair		Therapist exposure to TBTR	
		Yes (<i>n</i> = 105)	No (<i>n</i> = 61)	Short-term (<i>n</i> = 112)	Long-term (<i>n</i> = 54)
Gender, female (%)	109 (65.7)	68 (64.8)	41 (67.2)	76 (67.9)	33 (61.1)
Age, mean (SD)	35.2 (11.4)	35.7 (11.6)	34.4 (10.9)	34.6 (10.0)	36.5 (13.7)
Session, mean (SD)	16.1 (13.0)	16.0 (13.5)	16.2 (12.1)	16.9 (14.2)	14.4 (9.8)
Diagnosis, <i>n</i> (%)					
<i>Anxiety disorders</i>					
Anxiety	12 (7.2)	7 (6.7)	5 (8.2)	12 (10.7)	5 (5.1)
GAD	26 (15.7)	19 (18.1)	7 (11.5)	20 (17.9)	6 (11.1)
SAD	15 (9.0)	10 (9.5)	5 (8.2)	10 (8.9)	5 (9.3)
OCD	10 (6.0)	6 (5.7)	4 (6.6)	7 (6.3)	3 (5.6)
PTSD	11 (6.6)	9 (8.6)	2 (3.3)	1 (0.9)	10 (18.5)
PD	12 (7.2)	8 (7.6)	4 (6.6)	8 (7.1)	4 (7.4)
<i>Mood disorders</i>					
MDD	48 (28.9)	24 (22.9)	24 (39.3)	30 (26.8)	18 (33.3)
Dysthymia	4 (2.4)	2 (1.9)	2 (3.3)	3 (2.7)	1 (1.9)
MADD	4 (2.4)	4 (3.8)	0 (0.0)	3 (2.7)	1 (1.9)
BD	7 (4.2)	5 (4.8)	2 (3.3)	6 (5.4)	1 (1.9)
<i>Psychotic disorders</i>					
DD	1 (0.6)	1 (1.0)	0 (0.0)	1 (0.9)	1 (1.0)
S-AD	1 (0.6)	1 (1.0)	0 (0.0)	1 (0.9)	1 (1.0)
<i>Others</i>					
ADHD	1 (0.6)	0 (0.0)	1 (1.6)	1 (0.9)	0 (0.0)
BED	3 (1.8)	2 (1.9)	1 (1.6)	0 (0.0)	3 (5.6)
DU/D	1 (0.6)	1 (1.0)	0 (0.0)	1 (0.9)	1 (1.0)
SD	2 (1.2)	1 (1.0)	1 (1.6)	1 (0.9)	1 (1.9)
GID	1 (0.6)	1 (1.0)	0 (0.0)	1 (0.9)	0 (0.0)
DNI	7 (4.2)	4 (3.8)	3 (4.9)	6 (5.4)	1 (1.9)
Completer, <i>n</i> (%)	147 (88.6)	99 (94.3)	48 (78.7)	96 (85.7)	51 (94.4)
Medication, <i>n</i>* (%)					
Yes	82 (53.2)	53 (52.5)	29 (54.7)	54 (54.0)	28 (51.9)
No	72 (46.8)	48 (47.5)	24 (45.3)	46 (46.0)	26 (48.1)

ADHD: attention deficit/hyperactivity disorder; BED: binge eating disorder; BD: bipolar disorder; DD: delusional disorder; DNI: diagnosis not informed; DU/D: drug use/dependence; GAD: generalized anxiety disorder; GID: gender identity disorder; MADD: mixed anxiety-depressive disorder; MDD: major depressive disorder; OCD: obsessive-compulsive disorder; PD: panic disorder; PTSD: posttraumatic stress disorder; SAD: social anxiety disorder; S-AD: schizoaffective disorder; SD: somatoform disorder; TBTR: trial-based thought record.

*Sample reduced to *n* = 154 because of missing data.

preparation for the appeal (all $p < 0.001$). A highly significant increase was shown between values after the prosecutor's second plea (step 4) relative to the defense attorney's first plea ($p < 0.001$).

No significant differences were found between the mean ranks of percentages presented by patients submitted to TBTR that was performed in the empty chair format relative to the conventional format, nor were there differences between outcomes according to the therapists' exposure to TBTR (all $p > 0.05$). However, significantly more patients who were submitted to the empty chair approach concluded all the steps of TBTR

(completers), compared to those not submitted to the empty chair approach ($\chi^2 = 9.26$, $df = 1$, $p = 0.004$).

Discussion

This article conveys a naturalistic observation of the first use of TBTR by therapists in different levels of training. In this approach, after the patient has accumulated considerable evidence not supporting the negative view of him/herself, it is dismissed because of discounting and/or minimizing 'but' statements that are driven by activated dysfunctional negative CBs. TBTR is a clinical

Table 2. Sample and group means (SD) in the ITT analysis

	Total sample (<i>n</i> = 166)	Empty chair		Therapist exposure to TBTR	
		Yes (<i>n</i> = 105)	No (<i>n</i> = 61)	Short-term (<i>n</i> = 112)	Long-term (<i>n</i> = 54)
1. Investigation					
Belief	80.73 (18.32)	80.89 (17.51)	80.48 (19.78)	79.79 (18.75)	82.69 (17.42)
Emotion	84.21 (18.35)	84.19 (17.62)	84.25 (19.70)	83.79 (18.93)	85.09 (17.22)
2. Prosecutor's 1st plea					
Belief	83.66 (19.45)	85.03 (18.73)	81.31 (20.57)	81.95 (21.05)	87.22 (15.19)
Emotion	86.23 (18.32)	86.81 (18.17)	85.25 (18.67)	84.38 (20.38)	90.09 (12.34)
3. Defense attorney's 1st plea					
Belief	45.07 (27.29)	44.92 (25.46)	45.33 (30.41)	43.41 (29.39)	48.52 (22.18)
Emotion	45.93 (29.74)	44.90 (28.82)	47.70 (31.42)	43.39 (31.66)	51.20 (24.74)
4. Prosecutor's 2nd plea					
Belief	66.73 (24.67)	66.17 (24.33)	67.69 (25.42)	65.55 (26.52)	69.17 (20.32)
Emotion	66.49 (26.10)	65.94 (26.9)	67.44 (26.32)	64.77 (27.83)	70.07 (21.89)
5. Defense attorney's 2nd plea					
Belief	29.78 (24.43)	30.16 (23.84)	29.11 (25.61)	26.35 (25.10)	36.89 (21.51)
Emotion	29.20 (26.28)	30.07 (26.77)	27.72 (25.58)	26.71 (26.97)	34.37 (24.21)
6. Juror					
Belief	22.41 (22.62)	22.16 (21.81)	22.84 (24.13)	21.19 (23.98)	24.94 (19.46)
Emotion	20.33 (25.07)	18.78 (24.38)	22.98 (26.21)	20.38 (25.98)	20.20 (23.29)
7. Appeal					
Belief	19.61 (21.96)	18.46 (21.59)	21.61 (22.63)	20.03 (23.32)	18.76 (19.01)
Emotion	18.91 (25.90)	16.88 (24.95)	22.41 (27.32)	19.98 (27.23)	16.69 (22.99)
Improvement*					
Belief	74.57 (27.83)	76.46 (27.06)	71.33 (29.07)	73.46 (30.58)	76.87 (21.12)
Emotion	76.75 (30.47)	79.60 (28.96)	71.85 (32.58)	75.54 (32.10)	79.26 (26.90)

TBTR: trial-based thought record.

*Percentage improvement is calculated according to the following formula: Improvement = (step 1 – step 7/step 1) × 100.

strategy that uses common cognitive therapy techniques incorporated as a metaphor of a legal trial. In this approach, patients are encouraged to tackle the evidence supporting and not supporting the self-critical view of him/herself, expressed as negative CBs, essentially "butting the buts." The final goal is to address the dysfunctional negative CB in a structured format, restructuring and replacing it with a new positive CB, activated by means of the upward arrow strategy explored after the defense attorney's second plea and the jury's verdict (steps 5 and 6 in Figure 1), and maintained by a daily "evidence journal" as homework,⁶ which is started in the same session as the initial "preparation for the appeal" (step 7).

This study replicates a previous preliminary small study conducted by the first author of this article,⁶ in which the patients (*n* = 30) participated in a similar simulation of a trial and exhibited shifts in their adherence to CBs and in the intensity of corresponding emotions after each TBTR step during a session. In that study, significant mean reductions existed between percent values after investigation and the defense

attorney's plea ($p < 0.001$), and after the jury's verdict, either in beliefs ($p < 0.001$) or in intensity of emotions ($p < 0.001$). Significant differences also emerged between the defense attorney's first and second pleas ($p = 0.009$) and between the defense attorney's second plea and the jury's verdict concerning core beliefs ($p = 0.005$) and emotions ($p = 0.02$). The present study confirms these results, with the clear advantage that the TBTR method was used by therapists not involved in the development of the technique, and working in their own offices. It was shown that, regardless of the level of exposure of therapists to TBTR, the results were essentially the same.

Because the results shown in the present study were obtained in just one session, they do not allow us to conclude that CB change is long lasting after TBTR use. However, TBTR has been shown to have durable results in social anxiety disorder (SAD).²¹ In that trial, there were significant reductions ($p < 0.001$) in the following assessments of both TBTR (*n* = 17) and conventional cognitive therapy (*n* = 19): Liebowitz social anxiety scale, fear of negative evaluation scale, social avoidance and distress scale, and Beck anxiety inventory. Also, TBTR

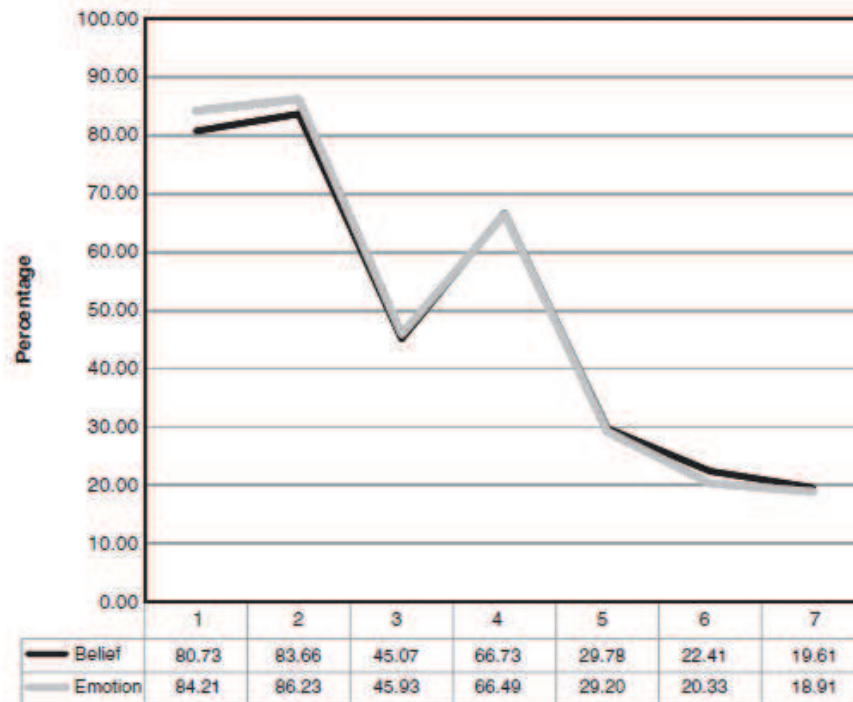


Figure 1. Results of the first use of trial-based thought record (TBTR) in 166 outpatients. Mean percentage change in outcomes (credit in core belief and intensity of the emotion) are illustrated during different steps of a TBTR session: 1 = inquiry / investigation; 2 = prosecutor's first plea; 3 = defense attorney's first plea; 4 = prosecutor's second plea; 5 = defense attorney's second plea; 6 = jury's verdict; and 7 = initial preparation for the appeal.

was significantly more effective than conventional cognitive therapy in reducing the scores of the fear of negative evaluation scale at mid-treatment ($p = 0.01$) and at post-treatment ($p = 0.004$), and the social avoidance and distress scale at post-treatment ($p = 0.03$). It was concluded that there was preliminary evidence showing that TBTR was at least as efficacious as conventional cognitive therapy in reducing symptoms of SAD, supporting additional studies of TBTR in SAD and other psychiatric disorders. One of the issues raised in the discussion of the above-mentioned trial was that, although the traditional standard thought record used in the contrast group as a comparator did not necessarily work for every patient, one of the concerns to be resolved was whether this was a function of the tool itself or the individual clinician who was using the tool. In the present study, TBTR was used both by therapists with short-term and long-term exposure to the approach, showing that a good outcome may be obtained with TBTR after a short training period. However, as most therapists in this study (79.2% in the short-term group vs. 100% in the long-term group) were certified cognitive therapists, a study including inexperienced therapists and specifically designed to test this hypothesis should be conducted.

Despite self-criticism being a feature in many psychological disorders, research on psychotherapy designed to

reduce this common clinical problem is scarce.¹ Compassion-focused therapy has been proposed by Gilbert²² to deal with shame. Nonetheless, aside from Shahar *et al.*¹ work and the present study on treatment strategies that directly target self-criticism, no other studies seem to have been done. Both Shahar *et al.*'s and this one use the empty chair approach in their protocols. Despite the limitation of including just one session, and therefore not being able to generalize its results, the present study compares the empty chair approach to a conventional psychotherapy format of TBTR. Both methods seem to work well, significantly reducing self-criticism to a very low level, as demonstrated by a decrease in the credit attributed to the negative CB at the end of the session. This was also shown in the recently published study on social anxiety disorder.²¹ In any event, a clinical trial comprising a multisession treatment period, specifically designed to test this hypothesis, is warranted.

Significantly more patients treated with the empty chair approach concluded all steps in this study. This finding is somewhat difficult to explain. A possible explanation is that the more experiential character of the empty chair format further engaged the patients. However, as the outcome measures were not different in the two groups, this explanation is not totally convincing.

This study is limited by the short duration of observation (just one session). However, this was the

only way to proceed, because TBTR is not necessarily repeated in subsequent sessions in a clinical setting by different therapists, precluding any additional comparison. Furthermore, the sample is heterogeneous, comprising patients with many different diagnoses. These are important aspects to be investigated in future studies with more homogeneous samples in order to determine the precise role of TBTR in helping patients to modify their negative CBs, and to reduce self-criticism.

Conclusion

TBTR may at least temporarily help patients constructively reduce self-criticism, by changing negative CBs and their corresponding emotions. This study demonstrated a highly significant decrease in the attachment to negative CBs, regardless of the format of its use (empty chair vs. conventional) and the therapists' level of exposure to TBTR (short-term vs. long-term).

Disclosures

Dr. de Oliveira has received grant support/honoraria from AstraZeneca, Bristol-Myers-Squibb, Eli Lilly, Janssen-Cilag, Pfizer, Servier, and Roche. Mr. Hemanny, Mrs. Powell, Mrs. Bomfim, Mrs. Duran, Mrs. Novais, Mrs. Velasquez, Mrs. Di Samo, Mr. Alves, and Mrs. Cesnik report no affiliation with or financial interest in any organization that may pose a conflict of interest.

Acknowledgments

Thanks are due to Olivia Haun de Oliveira, MD, for important assistance during statistical analyses and preparation of the manuscript. Thanks are also due to the therapists who composed the Brazilian TBTR Study Group, namely Adriani F. Zadrozny, Ana Claudia Knackfuss, Ana Claudia Lubitz, Camila Seixas, Claudia Fagundes França, Claudia Luísa Sena, Cristiane Maluhy Gebara, Deise Abegão de Camargo, Elaine Di Samo, Elenita Domingues Ribeiro da Silva, Érica Panzani Duran, Ericka Martha Alves de Oliveira Dias, Felipe Quinto da Luz, Fernanda Belli, Gabriela Oltramari, Gledson Lima Alves, Iolanda D'Araripe, Isabel Cristina Napolitano, Joici Adriane Cesnik, Luciane Dacol Molim, Maria Claudia Gomes, Maria Lúcia Rossi, Michiella Lopes Velasquez, Mylene Kachani Dratwa, Nilma Novais, Patrícia Skolaude Dini, Peterdione Menerich, Rilzeli M. Gomes, Rosália Lima Morosi, Taisa Moschini Moraes Cotrim Dias, Thais Delavechia Bonfim, Talita Moschini Moraes.

References

1. Shahar B, Carlin ER, Engle DE, Hegde J, Szepeswoj O, Arkowitz H. A pilot investigation of emotion-focused two-chair dialogue intervention for self-criticism. *Clin Psychol Psychother.* 2011. doi: 10.1002/cpp.762. [Epub ahead of print].
2. Wenzel A. Modification of core beliefs in cognitive therapy. In: De-Oliveira IR (Ed.), *Cognitive-Behavioral Therapy*. Rijeka, Croatia: InTech; 2012. Available at: <http://www.intechopen.com/books/standard-and-innovative-strategies-in-cognitive-behavior-therapy>
3. Beck JS. *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*, 2nd ed. New York: Guilford Press; 2011.
4. De-Oliveira IR. Assessing and restructuring cognitions. In: De-Oliveira IR (Ed.), *Cognitive-Behavioral Therapy*. Rijeka, Croatia: InTech; 2012. Available at: <http://www.intechopen.com/books/standard-and-innovative-strategies-in-cognitive-behavior-therapy>
5. Kafka F. *The Trial*. New York: Schocken; 1998.
6. De-Oliveira IR. Trial-based thought record (TBTR): preliminary data on a strategy to deal with core beliefs by combining sentence reversion and the use of analogy with a judicial process. *Rev Bras Psiquiatr.* 2008; **30**(1): 12–18.
7. De-Oliveira IR. Kafka's trial dilemma: proposal of a practical solution to Joseph K.'s unknown accusation. *Med Hypotheses.* 2011; **77**(1): 5–6.
8. De-Oliveira IR. Trial-based cognitive therapy. Available at: <http://www.commonlanguagepsychotherapy.org>. Accessed August 7, 2011.
9. De-Oliveira IR. Use of the trial-based thought record to change dysfunctional core beliefs. In: De-Oliveira IR (Ed.), *Cognitive-Behavioral Therapy*. Rijeka, Croatia: InTech; 2012.
10. Carstenson B. The auxiliary chair technique—a case study. *Group Psychotherapy.* 1955; **8**: 50–56.
11. Greenberg LS. Two-chair technique. Available at: <http://www.commonlanguagepsychotherapy.org>. Accessed August 28, 2011.
12. Beck AT. *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: Penguin; 1976.
13. Burns DD. *Feeling Good: The New Mood Therapy*. New York: Signet; 1980.
14. Greenberger D, Padesky CA. *Mind Over Mood*. New York: Guilford Press; 1995.
15. Cromarty P, Marks I. Does rational role-play enhance the outcome of exposure therapy in dysmorphophobia? A case study. *Brit J Psychiatry.* 1995; **167**(3): 399–402.
16. Freeman A, DeWolf R. *The 10 Dumbest Mistakes Smart People Make and How to Avoid Them*. New York: HarperPerennial; 1992.
17. Leahy RL. *Cognitive Therapy Techniques: A Practitioner's Guide*. New York: Guilford Press; 2003.
18. Leahy RL, Tirsch D, Napolitano LA. *Emotion Regulation in Psychotherapy*. New York: Guilford Press; 2011.
19. De-Oliveira IR. Sentence-reversion-based thought record (SRBTR): a new strategy to deal with “yes, but ...” dysfunctional thoughts in cognitive therapy. *Eur Rev Appl Psychol.* 2007; **57**(1): 17–22.
20. Leech NL, Barret KC, Morgan GA. *SPSS for Intermediate Statistics: Use and Interpretation*, 3rd ed. New York: Psychology Press; 2008.

21. De-Oliveira IR, Powell VB, Wenzel A, *et al.* Efficacy of the trial-based thought record, a new cognitive therapy strategy designed to change core beliefs, in social phobia. *J Clin Pharm Ther.* 2011. doi: 10.1111/j.1365-2710.2011.01299.x. [Epub ahead of print].
22. Gilbert P. A biopsychosocial and evolutionary approach to formulation with a special focus on shame. In: Terrier N (Ed.), *Case Formulation in Cognitive Behaviour Therapy: The Treatment of Challenging and Complex Cases.* New York: Routledge; 2006.

ANEXO B - FORMULÁRIO ELETRÔNICO PARA COLETA DOS DADOS

Solicito incluir todos os pacientes com os quais você começou a utilizar o Processo, mesmo que não tenha funcionado como você esperava. Por exemplo, se você começou a aplicar a técnica da seta descendente para identificação da crença nuclear com o objetivo de continuar com a técnica, porém, teve de interromper por alguma razão, por favor, inclua esta tentativa aqui. Inclua as informações que você tem, deixando as demais sem respostas. Neste caso, vá para comentários ao final e explique o que ocorreu. Meu desejo é conhecer todos os problemas que os terapeutas possam encontrar com a aplicação da técnica.

1. Informações sobre o terapeuta.

Nome do terapeuta:

Cidade:

Endereço de correio eletrônico:

Número de telefone:

2. Informe aqui a data do atendimento.

Data:

3. Informações sobre o paciente.

Diagnóstico primário (CID):

Diagnóstico secundário, se houver (CID):

4. Informe a idade do(a) paciente.

Idade em anos:

5. Informe o sexo do(a) paciente.

Masculino

Feminino

*

6. O paciente está tomando medicamento?

Não

Sim

7. Se você repondeu sim à questão anterior, você pode informar o nome do medicamento e a dose?

8. Informe o número desta sessão. Por exemplo, se esta for a oitava vez que você atende o(a) paciente, por favor, escreva o número 8.

Sessão:

ATENÇÃO: A partir daqui, se houver qualquer valor numérico faltante, por exemplo, o paciente não preencheu o CD-Quest, ou BDI ou BAI, favor inserir o número 999 no lugar do escore.

9. Por favor, insira os escores obtidos com os questionários.

CD-Quest:

BDI:

BAI:

10. Informe a crença nuclear negativa e a emoção que estão sendo avaliadas neste Processo.

Crença nuclear:

Emoção:

11. Este Processo está sendo usado na modalidade Cadeira Vazia:

Sim

Não

12. Após o inquérito, avalie quanto o paciente acredita na crença nuclear negativa e qual a intensidade da emoção correspondente.

Crença:

Emoção:

13. Após a alegação do promotor, avalie quanto o paciente acredita na crença nuclear e qual a intensidade da emoção correspondente.

Crença:

Emoção:

14. Após a alegação da defesa, avalie quanto o paciente acredita na crença nuclear e qual a intensidade da emoção correspondente.

Crença:

Emoção:

15. Após a réplica do promotor (após estímulo com a conjunção "mas"), avalie quanto o paciente acredita na crença negativa e qual a intensidade da emoção.

Crença:

Emoção:

16. Após tréplica da defesa (após inversão das sentenças) e significado atribuído a cada argumento invertido, avalie quanto o paciente acredita na crença e qual a intensidade da emoção correspondente.

Crença:

Emoção:

17. Como jurado, após análise detalhada, o paciente considera o réu:

Inocente:

Culpado:

18. Avalie agora, após ouvir o jurado, quanto o paciente acredita na crença nuclear negativa e qual é a intensidade da emoção correspondente.

Crença:

Emoção:

19. Preparo para o Recurso (aqui se avalia quanto o paciente acredita na crença positiva (p. ex., "Sou capaz" ou "Sou normal") e, em seguida, quanto acredita na crença negativa que acaba de ser reestruturada.

Crença positiva:

Crença negativa:

Emoção:

20. Por favor, faça aqui comentários sobre a condução da técnica, ou sobre algum tipo de dificuldade que tenha ocorrido. Você pode também fazer sugestões.

ANEXO C Questionário de Distorções Cognitivas-CD-Quest

Irismar Reis de Oliveira

Nome:

Data:.....

Por favor, faça um círculo em torno do número correspondente a cada opção abaixo, indicando os erros ou distorções cognitivos que você notou estar fazendo

durante esta semana. Ao avaliar cada distorção cognitiva, por favor, indique quanto você acreditou nela no exato momento em que ocorreu (não quanto você

acredita agora) e com que frequência ela ocorreu durante esta semana. Por favor, dê seus próprios exemplos nos itens que você marcar 4 ou 5.

DURANTE ESTA SEMANA, PERCEBI QUE ESTAVA PENSANDO DA SEGUINTE FORMA:

1. **Pensamento dicotômico (também denominado pensamento do tipo tudo-ou-nada, preto e branco ou polarizado):** Vejo a situação, a pessoa ou o acontecimento apenas em termos de

“uma coisa ou outra”, colocando-as em apenas duas categorias extremas em vez de em um contínuo.

EXEMPLOS: “Eu cometi um erro, logo meu rendimento foi um fracasso”. “Comi mais do que pretendia, portanto estraguei completamente minha dieta”

Meu exemplo:.....

Frequência: Intensidade:	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Acreditei...	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

2. **Previsão do futuro (também denominada catastrofização):** Antecipo o futuro em termos negativos e acredito que o que acontecerá será tão horrível que eu não vou suportar.

EXEMPLOS: “Vou fracassar e isso será insuportável.” “Vou ficar tão perturbado que não conseguirei me concentrar no exame.”

Meu exemplo:

Frequência: Intensidade:	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Acreditei...	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

3. Desqualificação dos aspectos positivos: Desqualifico e desconto as experiências e acontecimentos positivos insistindo que estes não contam.”

EXEMPLOS: “Fui aprovado no exame, mas foi pura sorte.” “Entrar para a faculdade não foi grande coisa, qualquer um consegue.”

Meu exemplo:

Frequência: Intensidade:	Não (Não ocorreu)	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)
Acreditei...	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

4. Raciocínio emocional: Acredito que minhas emoções refletem a realidade e deixo que elas guiem minhas atitudes e julgamentos.

EXEMPLOS: “Sinto que ela me ama, então deve ser verdade.” “Tenho pavor de aviões, logo voar deve ser perigoso.” “Meus sentimentos me dizem que não devo acreditar nele.”

Meu exemplo:

Frequência: Intensidade:	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Acreditei...	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

5. **Rotulação:** Coloco um rótulo fixo, global e geralmente negativo em mim ou nos outros.

EXEMPLOS: “Sou um fracassado.” “Ele é uma pessoa estragada.” “Ela é uma completa imbecil.”

Meu exemplo:

Frequência:	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Intensidade: Acreditei...	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

6. **Ampliação/minimização:** Avalio a mim mesmo, os outros e as situações ampliando os aspectos negativos e/ou minimizando os aspectos positivos.

EXEMPLOS: “Conseguí um 8. Isto demonstra o quanto meu desempenho foi ruim.” “Conseguí um 10. Isto significa que o teste foi muito fácil.”

Meu exemplo:

Frequência:	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Intensidade: Acreditei...	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

7. **Abstração seletiva (também denominada filtro mental e visão em túnel):** Presto atenção em um ou poucos detalhes e não consigo ver o quadro inteiro.

EXEMPLOS: “Miguel apontou um erro em meu trabalho. Então, posso ser despedido” (não considerando o retorno positivo de Miguel. “Não consigo esquecer que aquela

informação que dei durante minha apresentação estava errada” (deixando de considerar o sucesso da apresentação e o aplauso das pessoas).

Meu exemplo:

Frequência:	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Intensidade: Acreditei...	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3

Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

8. Leitura mental: Acredito que conheço os pensamentos e intenções de outros (ou que eles conhecem meus pensamentos e intenções) sem ter evidências suficientes.

EXEMPLOS: “Ele está pensando que eu falhei”. “Ela pensou que eu não conhecia o projeto.” “Ele sabe que eu não gosto de ser tocada deste jeito.”

Meu exemplo:

Frequência:	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Intensidade: Acreditei...	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

9. Supergeneralização: Eu tomo casos negativos isolados e os generalizo, tornando-os um padrão interminável com o uso repetido de palavras como “sempre”, “nunca”, “todo”,

“inteiro”, etc.

EXEMPLOS: “Estava chovendo esta manhã, o que significa que choverá todo o fim de semana.” “Que azar! Perdi o avião, logo isto vai estragar minhas férias inteiras”. “Minha

or de cabeça nunca vai parar”.

Meu exemplo:.....

Frequência:	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Intensidade: Acreditei...	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

10. **Personalização:** Assumo que comportamentos dos outros e eventos externos dizem respeito (ou são direcionados) a mim, sem considerar outras explicações plausíveis.

EXEMPLOS: “Senti-me desrespeitado porque a moça do caixa não me agradeceu” (sem considerar que ela não agradeceu a ninguém). “Meu marido me deixou porque eu fui uma

má esposa” (deixando de considerar que ela foi sua quarta esposa).

Meu exemplo:

Freqüência:	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Intensidade: Acreditei...	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

11. **Afirmações do tipo “deveria” (também “devia”, “devo”, “tenho de”):** Digo a mim mesmo que os acontecimentos, os comportamentos de outras pessoas e minhas próprias

atitudes “deveriam” ser da forma que espero que sejam e não o que de fato são.

EXEMPLOS: “Eu devia ter sido uma mãe melhor”. “Ele deveria ter se casado com Ana em vez de Maria”. “Eu não devia ter cometido tantos erros.”

Meu exemplo:

Freqüência:	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Intensidade: Acreditei...	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

12. **Conclusões precipitadas (também conhecidas como inferências arbitrárias):** Tiro conclusões (negativas ou positivas) a partir de nenhuma ou de poucas evidências que

possam confirmá-las.

EXEMPLOS: “Logo que o vi, soube que ele faria um trabalho deplorável.” “Ele olhou para mim de um modo que logo concluí que ele foi o responsável pelo acidente.”

Meu exemplo:

Freqüência:	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Intensidade: Acreditei...	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

13. **Culpar (outros ou a si mesmo):** Dirijo minha atenção aos outros como fontes de meus sentimentos e experiências, deixando de considerar minha própria responsabilidade;

ou, inversamente, responsabilizo-me pelos comportamentos e atitudes de outros.

EXEMPLOS: ‘Meus pais são os únicos culpados por minha infelicidade.’ “É culpa minha que meu filho tenha se casado com uma pessoa tão egoísta e descuidada.”

Meu exemplo:

Freqüência:	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Intensidade: Acreditei...	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

14. **E se...?:** Fico me fazendo perguntas do tipo “e se acontecer alguma coisa?”

EXEMPLOS: “E se meu caro bater?” “E se eu tiver um enfarte?” “E se meu marido me deixar?”

Meu exemplo:.....

Freqüência:	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Intensidade: Acreditei...	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

15. **Comparações injustas:** Comparo-me com outras pessoas que parecem se sair melhor do que eu e me coloco em posição de desvantagem.

EXEMPLOS: “Meu pai prefere meu irmão mais velho a mim porque ele é mais inteligente do que eu.” “Não consigo suportar o fato de ela ter mais sucesso do que eu.”

Meu exemplo:

Freqüência:	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Intensidade: Acreditei...	0			
Um pouco (Até to 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

Referências:

Beck J (1995) Cognitive Therapy: Basics and Beyond. Guilford, New York.

Beck AT (1979) Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. Meridian, New York.

Burns D (1989) The Feeling Good Handbook. Plume, New York.

Dryden W, Ellis A (2001) Rational Emotive Behavior Therapy. In: Dobson KS, Handbook of Cognitive Behavioral Therapies. Guilford, New York.

Leahy R (2003) Cognitive Therapy Techniques: A Practitioner’s Guide. Guilford, New Yo

ANEXO D – BDI**INVENTÁRIO DE BECK PARA DEPRESSÃO**

Nome _____
 Data _____

Neste questionário, encontram-se grupos de afirmações. Por favor, leia cada grupo com cuidado. Então, escolha a única afirmação, em cada grupo, que descreve o modo como você esteve se sentindo na semana passada, **INCLUSIVE HOJE**. Circule o número ao lado da afirmação que você escolheu. **Certifique-se de ler todas as afirmações em cada grupo, antes de fazer sua escolha.**

- 1
 - 0 Não me sinto triste.
 - 1 Sinto-me triste.
 - 2 Sinto-me triste o tempo todo e não consigo sair disso.
 - 3 Estou tão triste e infeliz que não consigo suportar.

- 2
 - 0 Não estou particularmente desencorajado em relação ao futuro.
 - 1 Sinto-me desencorajado em relação ao futuro.
 - 2 Sinto que não tenho nada por que esperar.
 - 3 Sinto que o futuro não tem esperanças e que as coisas não podem melhorar.

- 3
 - 0 Não me sinto um fracasso
 - 1 Sinto que falhei mais do que a média das pessoas.
 - 2 Quando olho para trás em minha vida, tudo que consigo ver é um monte de fracassos.
 - 3 Sinto que sou um fracasso completo como pessoa.

- 4
 - 0 Obtenho tanta satisfação com as coisas quanto costumava ter.
 - 1 Não gosto das coisas como costumava gostar.
 - 2 Não obtenho satisfação real em mais nada.
 - 3 Estou insatisfeito ou entediado com tudo.

- 5 0 Não me sinto particularmente culpado.
1 Sinto-me culpado durante boa parte do tempo.
2 Sinto-me bastante culpado durante a maior parte do tempo.
3 Sinto-me culpado o tempo todo.
- 6 0 Não sinto que estou sendo punido.
1 Sinto que posso ser punido.
2 Espero ser punido.
3 Sinto que estou sendo punido.
- 7 0 Não me sinto decepcionado comigo.
1 Estou decepcionado comigo.
2 Estou aborrecido comigo.
3 Eu me odeio.
- 8 0 Não sinto que eu seja pior do que qualquer outra pessoa.
1 Eu me critico pelas minhas fraquezas ou erros.
2 Eu me incrimino o tempo todo pelas minhas falhas.
3 Eu me incrimino por tudo de ruim que acontece.
- 9 0 Não tenho nenhum pensamento de me matar.
1 Tenho pensamentos de me matar, mas não os colocaria em prática.
2 Gostaria de me matar.
3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.
- 10 0 Não choro mais do que o habitual.
1 Choro mais agora do que costumava chorar.
2 Choro o tempo inteiro agora.
3 Eu costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo chorar mesmo que queira.

- 11 0 Não estou mais irritado agora do que sempre estou.
1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava ficar.
2 Sinto-me irritado o tempo inteiro agora.
3 Não fico nem um pouco irritado por coisas que costumavam me irritar.
- 12 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas.
1 Estou menos interessado nas outras pessoas do que costumava estar.
2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.
3 Perdi todo o meu interesse pelas outras pessoas.
- 13 0 Tomo decisões mais ou menos tão bem quanto eu sempre consegui.
1 Adio tomar decisões mais do que costumava adiar.
2 Tenho maior dificuldade para tomar decisões do que antes.
3 Não consigo mais tomar decisão alguma.
- 14 0 Não sinto que minha aparência esteja pior do que era.
1 Estou preocupado que esteja parecendo velho ou não atraente.
2 Sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me fazem parecer não atraente.
3 Acredito que pareço feio.
- 15 0 Consigo trabalhar aproximadamente tão bem quanto antes.
1 É necessário um esforço extra para começar qualquer coisa.
2 Tenho que me forçar muito para começar qualquer coisa.
3 Não consigo mais fazer trabalho algum.
- 16 0 Consigo dormir tão bem quanto o habitual.
1 Não durmo tão bem quanto costumava dormir.
2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que o habitual e acho difícil voltar a dormir.
3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir..

- 17 0 Não fico mais cansado do que o habitual
 1 Fico cansado mais facilmente do que costumava ficar.
 2 Fico cansado ao fazer quase qualquer coisa.
 3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.
- 18 0 Meu apetite não está pior do que o habitual.
 1 Meu apetite não está tão bom quanto costumava ser.
 2 Meu apetite está muito pior agora.
 3 Não tenho mais nenhum apetite.
- 19 0 Perdi pouco ou nenhum peso ultimamente.
 1 Perdi mais de 2,5 kg. Estou propositalmente tentando
 perder peso, comendo menos. Sim _____
 Não _____ 2 Perdi mais de 5 kg.
 3 Perdi mais de 7,5 kg.
- 20 0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual.
 1 Estou preocupado com problemas físicos como mal-estar e dores; ou desconforto estomacal; ou constipação.
 2 Estou muito preocupado com meus problemas físicos e é difícil pensar em outras coisas.
 3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em mais nada.
- 21 0 Não percebi nenhuma mudança recente no meu interesse por sexo.
 1 Estou menos interessado em sexo do que costumava estar.
 2 Estou muito menos interessado em sexo agora.
 3 Perdi completamente o interesse por sexo.

ANEXO E - BAI**Inventário de Ansiedade de Beck**

Data: _____

Nome: _____ Estado civil: _____ Idade: _____

Sexo: _____ Ocupação: _____

Escolaridade: _____

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um "x" no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável mas pude suportar	Gravemente Difícilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento.				
2. Sensação de calor.				
3. Tremores nas pernas.				
4. Incapaz de relaxar.				
5. Medo que aconteça o pior.				
6. Atordoado ou tonto.				
7. Palpitação ou aceleração do coração.				
8. Sem equilíbrio.				
9. Aterrorizado.				
10. Nervoso.				
11. Sensação de sufocação.				
12. Tremores nas mãos.				
13. Trêmulo.				
14. Medo de perder o controle.				
15. Dificuldade de respirar.				
16. Medo de morrer.				
17. Assustado.				
18. Indigestão ou desconforto do abdômem.				
19. Sensação de desmaio.				
20. Rosto afogueado.				
21. Suor (não devido ao calor).				

ANEXO F – PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/MCO/UFBA
MATERNIDADE CLIMÉRIO DE OLIVEIRA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
 IORG0003460. IRB00004123 June 30, 2012 – January 31, 2014
 Assurance FWA00002471, May 31, 2011 – February 08, 2014

Rua do Limoeiro, nº 137 – Nazaré Cep: 40.005-150 – Salvador-Bahia
 Telefax.: (71) 3283-9210/9211 e-mail: cepmco@ufba.br/cepmco@gmail.com

PARECER/RESOLUÇÃO N.º 059/2011

Registro CEP: 052/11 (Este número, bem como o do Parecer acima, devem ser citados nas correspondências referentes a este projeto).

Título do Projeto: “Estudo Naturalístico Brasileiro da Avaliação do Uso Transdiagnóstico do Registro de Pensamentos Baseado no “Processo” na Reestruturação de Crenças Nucleares Negativas”.

Patrocínio/Financiamento: Recursos próprios.

Pesquisador Responsável: Irismar Reis de Oliveira – Professor Titular de Psiquiatria e Livre Docente dos Programas de Pós-Graduação em Medicina e Saúde e em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas da Universidade Federal da Bahia.

Instituição: Sanatório São Paulo; Centro de Pesquisa Clínica.

Área do Conhecimento: 4.01 Medicina; Nível: Terapêutico; Grupo III.

Objetivos: Geral: Avaliar a eficácia do Registro de Pensamentos Baseado no Processo, denominado de forma abreviada “Processo”, em sua primeira utilização na psicoterapia e comparar os resultados entre os formatos de aplicação convencional e da “cadeira vazia”. **SECUNDÁRIOS:** Identificar diferenças nos resultados de acordo com a experiência do terapeuta em anos após 1) graduação em psicologia/medicina e 2) formação em terapia cognitiva; Comparar os resultados da primeira aplicação do Processo com a aplicação seguinte, sob a forma de “Recurso”. Avaliar as dificuldades de uso da técnica.

Sumário: O trabalho de reestruturação das crenças nucleares (exemplo de crenças nucleares negativas: sou fraco, sou incapaz, sou um fracasso) é fundamental para ajudar o paciente a identificar e modificar os pensamentos e as expressões emocionais disfuncionais, para que os resultados terapêuticos sejam consistentes e duráveis. A técnica **Registro de Pensamentos Baseado no Processo** ou, resumidamente, “**Processo**”, tratar-se da simulação de um processo jurídico. A ideia é que a autoacusação é um princípio universal. O Processo visa reestruturar crenças nucleares por meio da combinação em analogia a um processo jurídico. Existe apenas um estudo com população restrita onde os resultados mostraram reduções médias das crenças negativas significativamente quanto da intensidade das emoções e outros.

O estudo proposto envolverá 1000 pacientes de diversos terapeutas treinados na técnica. Estes responderão a um questionário enviado via web com senhas de acesso. Os pacientes já atendidos terão o consentimento para a utilização dos dados obtidos nos atendimentos posteriores, aqueles que ainda não realizaram o procedimento terão o consentimento prévio à anotação do processo. O questionário consiste em descrever o atendimento e o sucesso (eficácia) deste procedimento.

Crítérios de Inclusão: Pacientes que foram atendidos por profissionais treinados na técnica “Processo”. **Crítérios de Exclusão:** Não explicitados.

Análise de riscos: Riscos mínimo de coleta de informação de pacientes em questionários.

Retorno de benefícios para o sujeito e/ou para a comunidade: A comunidade pode se beneficiar pela informação sobre esta nova técnica de terapia cognitiva. Pode não haver benefícios imediato para os sujeitos.

Termo de Consentimento Livre e Pré-Esclarecido (TCLE): Utiliza termos simples para tal população. Contém justificativa, descreve os objetivos. A confidencialidade das informações colhidas e privacidade dos dados, durante e após o protocolo estão asseguradas. O endereço e telefone ou forma de contatar os investigadores estão relatados.

Comentários: O protocolo está bem argumentado, os objetivos são explícitos. Seus fins são éticos e o conhecimento advindo pode trazer benefícios à comunidade. Homologa-se a realização da pesquisa na **Entidade referida** e pelo **Pesquisador Responsável**, sendo observadas as disposições constantes na “Folha de Recomendações” e no “Modelo de Relatório” deste CEP. O presente processo investigatório, com seus anexos, fica **aprovado** por este Institucional.

Salvador, 15 de Dezembro de 2011.

Professor, Doutor Eduardo Martins Netto
 Coordenador – CEP/MCO/UFBA

Observações importantes. Toda a documentação anexa ao Protocolo proposto e rubricada pelo (a) Pesquisador (a), arquivada neste CEP, e também a outra devolvida com a rubrica da Secretária deste (a) ao (à) mesmo (a), faz parte intrínseca deste Parecer/Resolução e nas “Recomendações Adicionais” apenas, **bem como a impostergável entrega de relatórios parciais e final como consta nesta liberação**, (Modelo de Redação para Relatório de Pesquisa, anexo).