



RESUMO DE AULA · JORNADA DA LEITURA

Uma abordagem em rede

CAPÍTULO 3

*Como transformar a formulação por processos em uma rede viva:
ler cada processo por variação/função/retenção, construir as
arestas por “se-então”, achar os nós centrais e escolher no máximo
dois alvos de intervenção.*

Lógica Psicológica

Prática Baseada em Evidências na Psicologia

PROFESSOR E PSICÓLOGO CLÍNICO

Júlio Gonçalves

MSc · CRP 12/17614

Aprenda muito mais na

Comunidade Lógica Psicológica

Uma comunidade para quem quer:

- Ψ **Aprofundar o raciocínio clínico** com conteúdos que unem ciência, processos e análise funcional.
- Ψ **Estruturar uma prática ética e coerente**, com pensamento crítico e evidências atualizadas.
- Ψ **Desenvolver o self clínico** por meio de supervisão, leituras guiadas e construção em rede.

[Clique aqui e saiba mais](#)



O ESSENCIAL

- Ψ **A rede é a formulação viva.** Cada paciente tem a sua própria rede de processos (nos nove domínios) — e é nela, não no diagnóstico, que se intervém.
- Ψ **Para cada processo, três perguntas:** o que aparece (variação), para que serve (função/seleção) e o que o mantém (retenção). A função importa mais que a forma.
- Ψ **As arestas se constroem por “se–então”**, formando ciclos de retroalimentação. A rede é hipotética e se valida com o paciente — não existe rede “certa”.
- Ψ **Nós centrais** (geralmente self e comportamento) movem a rede toda; **nós amplificadores** (atenção e cognição: ruminação, preocupação) intensificam as conexões.
- Ψ **Do mapa aos alvos:** converta problemas em objetivos, escolha no máximo dois (os mais centrais), comece onde o paciente pode mudar e você tem expertise, e re-monitore. Um por vez.

Da teoria à rede: cada paciente, seu próprio mapa

Depois de duas aulas de fundamentos, esta terceira entra na prática: **montar a rede de processos** de um caso. O diagnóstico segue útil — para psicoeducação e comunicação —, mas não para ditar um protocolo rígido, porque os processos são **dinâmicos, multiníveis e dependentes de contexto** (Hofmann & Hayes, 2019).

O mapa de trabalho são os **nove domínios** do metamodelo evolucionário estendido, que se atravessam formando uma rede:

- Ψ **Atenção · Cognição · Self** — para onde se olha; o que se pensa; como a pessoa se vê.
- Ψ **Afeto · Comportamento · Motivação** — o que se sente; o que se faz; o que move (valores, esquiva).
- Ψ **Biofisiológico · Contexto · Sociocultura** — o corpo; as situações e pessoas; as normas e a cultura.

Cada paciente tem a sua própria rede — dez pessoas com depressão terão dez redes diferentes. É nessa estrutura, e não no rótulo, que se intervém (Hayes, Hofmann & Ciarrochi, 2020; Sanford et al., 2022).

Ler cada processo: o que aparece, para que serve, o que mantém

Para cada sinal que surge, três perguntas — os eixos da aula anterior:

VARIAÇÃO

O que aparece em cada domínio (o sinal/sintoma).

FUNÇÃO · SELEÇÃO

Para que serve — o que alivia, o que evita.

RETENÇÃO

O que o mantém no lugar ao longo do tempo.

No caso de Bill, essa leitura mostra que a mesma queixa se distribui por vários domínios. A **atenção** fica estreita na memória da perda; a **ruminação** (cognição) busca uma solução — mas a que ele encontra é sempre a autocrítica (“fui rejeitado, o problema sou eu”); o **self** se organiza em torno de “sou incapaz/indesejável”; o **isolamento** (comportamento) evita ativar esse self; a **tristeza** (afeto) e a **letargia** (biofisiológico) vêm como consequência e realimentam o ciclo.

O ponto-chave é a **função**, não a forma. A ruminação dá a sensação de controle (“se eu entender, resolvo”); o isolamento alivia a ansiedade social no curto prazo — *e por isso se mantém*, ainda que piorem o quadro no longo prazo (Nolen-Hoeksema, Wisco & Lyubomirsky, 2008). Um sintoma que se tenta só “remover”, sem entender a função, tende a voltar.

ATIVAÇÃO COM FUNÇÃO

Por isso “ativação comportamental” não é mandar fazer atividade física para “aumentar dopamina”. A ação precisa ter **função terapêutica** — mudar o afeto dentro de um contexto e de um sentido (Martell, Dimidjian & Herman-Dunn, 2010).

Construindo as arestas: a lógica se–então e os ciclos

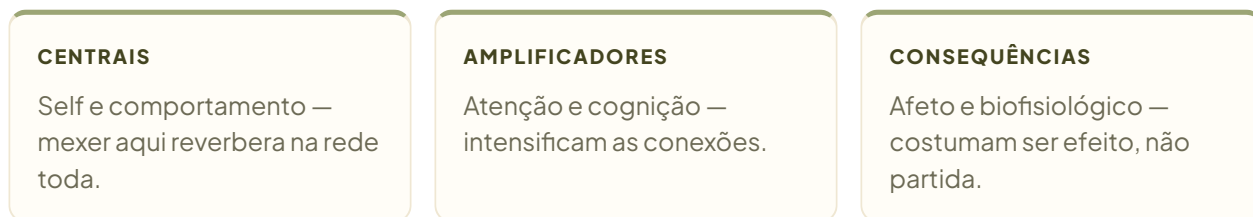
Com os processos no mapa, o segundo movimento é ligá-los. Não se olha a tristeza isolada: pergunta-se **o que se relaciona com ela** — o que a pessoa faz, pensa, como se vê — e, sobretudo, **o que gera alívio ou esquiva** (os processos de seleção e retenção). As arestas se constroem por uma lógica simples de **“se–então”**: *se* me isolo, *então* a tristeza aumenta; *se* a tristeza aumenta, *então* mais isolamento — e o **ciclo de retroalimentação** se fecha.

No caso de Bill: o término leva ao foco na perda → ruminação → crença “sou incapaz” → isolamento/esquiva (que evita ativar a incapacidade) → o isolamento aumenta tristeza e vazio → mais isolamento → reforça a crença → mais ruminação → o corpo colapsa — e toda a rede se mantém ativa.

Duas ressalvas: a rede é **hipotética** — construída pelo terapeuta a partir do relato do paciente somado ao conhecimento teórico (“isolamento aumenta tristeza” é relação que a literatura sustenta) — e precisa ser **validada com o paciente**. Não existe rede “certa” (Borsboom, 2017; Sanford et al., 2022). Descrever *o que ocorre e por quê* tem, ele próprio, função clínica: tira o peso da culpa, mostrando que o sofrimento é o resultado de um sistema de processos históricos, sociais e fisiológicos — não um defeito da pessoa.

Nós centrais e amplificadores: onde perturbar a rede

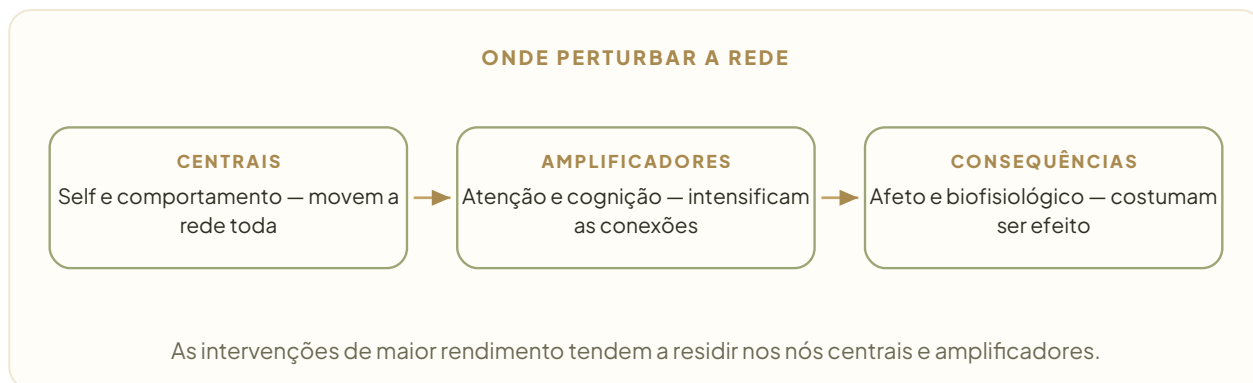
À medida que as arestas se acumulam, aparecem os **nós centrais** — processos que, se mudarem, movem a rede inteira. Costumam residir no **self** e no **comportamento**. E aparecem os **nós de amplificação**, que aumentam a força das conexões: em geral na **atenção** e na **cognição** (ruminação, preocupação, intolerância à incerteza).



Por isso as intervenções de maior rendimento tendem a residir em **self, comportamento, atenção e cognição**. Afeto e biofisiológico costumam ser consequência — *salvo* quando o paciente está muito desregulado: aí se começa pela regulação (ou medicação), porque não há recurso cognitivo para reestruturar nada.

POR ONDE COMEÇAR

Comece **onde o paciente tem capacidade de mudar** e **onde você tem expertise**. Numa leitura dialética, o paciente já faz o melhor que pode com os recursos que tem — expor Bill a interações sociais massivas agora só aumentaria o vazio. E há contextos que não se muda (estar solteiro, ser mãe): então se trabalha o resto da rede.



Do problema ao objetivo: no máximo dois alvos

Os problemas identificados na rede viram **objetivos terapêuticos** — por exemplo: melhorar o autoconceito, reduzir a fusão cognitiva, reavaliar cognições, melhorar habilidades sociais. Vale **apresentar a rede ao paciente** e validar se ela explica o funcionamento e o que mantém o sofrimento; a adesão costuma ser alta, porque é como mostrar a ele a própria vida, que ficou anos acontecendo sem nome.

De quatro objetivos possíveis, seleciona-se **no máximo dois** — os mais centrais, que impactam a maior parte da rede. E **um por vez**: um contexto, um comportamento, um

processo cognitivo. Mudança é lenta, feita de repetição — como aprender a andar de bicicleta. Sobrecarregar o paciente de alvos é receita de estagnação.

Casar objetivos e intervenções: a matriz de pesos

Escolhidos os objetivos, o passo seguinte é **casá-los com intervenções** pelo efeito esperado na rede. Um jeito prático é montar uma pequena matriz e atribuir **pesos** (“+1”, “+2”) a cada cruzamento objetivo x problema e, depois, intervenção x objetivo — pesos que vêm do conhecimento teórico, do repertório de técnicas e da experiência clínica (no começo erra-se bastante, e tudo bem).

No caso de Bill, correr essa conta fez algumas intervenções se destacarem por atingir **dois objetivos centrais** ao mesmo tempo — a **defusão** (para o autoconceito e a fusão cognitiva; Hayes, Strosahl & Wilson, 2012) e o **treino de habilidades sociais**. Outras entram como apoio: reavaliação/reestruturação cognitiva para as crenças de não merecimento; treino de atenção para o foco no término; ativação comportamental para gerar novas aprendizagens.

Depois de escolher, **aplica-se e re-monitora-se** — agora focando no alvo específico (por exemplo, habilidades sociais), intercalando técnicas (defusão, exposição imaginada, treino, exposição in vivo, análise das interações). A intervenção é mais um ciclo de avaliação: se o alvo não move a rede, troca-se o alvo.

A rede serve para qualquer demanda — instrumentos e o papel da IA

O método não é só para sofrimento: serve para **qualquer comportamento humano**, inclusive demandas de performance ou aprimoramento. Basta a mesma curiosidade para nomear o que o paciente traz — investigar o *self* (“o que te faz pensar que não está indo bem?”), a esquiva, o contexto, a cultura. (Numa demonstração ao vivo, a queixa de “não me sinto competente na profissão” foi mapeada assim: contexto de trabalho → cognição “não tenho técnica suficiente” → self “sou ruim no que faço” → sobrecarga por estudar demais, que realimenta a crença. Exemplo desidentificado.)

Para guiar a investigação, dois instrumentos foram disponibilizados: uma **Entrevista Baseada em Processos** (desenvolvida por Júlio, com perguntas de variação, seleção e retenção para cada domínio) e um **instrumento breve de monitoramento**, de respostas simples, para acompanhar se a rede está sendo perturbada — na linha do *Process-Based Assessment Tool* (Ciarrochi, Sahdra, Hofmann & Hayes, 2022).

SOBRE USAR IA NA FORMULAÇÃO

Uma ferramenta de IA pode gerar a análise transdiagnóstica e sugerir alvos — e, no caso de Bill, bateu com a rede feita à mão. Mas o lugar dela é **validar hipóteses e gerar ideias**, nunca substituir o raciocínio clínico. Como se frisou em aula: a IA não é humana; **quem ordena e regula o processo é o terapeuta**.

Referências

- Hofmann, S. G., & Hayes, S. C. (2019). The future of intervention science: Process-based therapy. *Clinical Psychological Science*, 7(1), 37–50.
- Hayes, S. C., Hofmann, S. G., & Ciarrochi, J. (2020). A process-based approach to psychological diagnosis and treatment: The conceptual and treatment utility of an extended evolutionary meta-model. *Clinical Psychology Review*, 82, 101908.
- Borsboom, D. (2017). A network theory of mental disorders. *World Psychiatry*, 16(1), 5–13.
- Sanford, B. T., Ciarrochi, J., Hofmann, S. G., Gates, K. M., & Hayes, S. C. (2022). Toward empirical process-based case conceptualization: An idionomic network examination of the Process-Based Assessment Tool. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 25, 10–25.
- Ciarrochi, J., Sahdra, B., Hofmann, S. G., & Hayes, S. C. (2022). Developing an item pool to assess processes of change in psychological interventions: The Process-Based Assessment Tool (PBAT). *Journal of Contextual Behavioral Science*, 23, 200–213.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3(5), 400–424.
- Martell, C. R., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2010). *Behavioral Activation for Depression: A Clinician's Guide*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change* (2ª ed.). New York: Guilford Press.
- Hofmann, S. G., Hayes, S. C., & Lorscheid, D. N. (2021). *Learning Process-Based Therapy: A Skills Training Manual...* Oakland, CA: New Harbinger. [Ed. bras.: *Aprendendo a Terapia Baseada em Processos*, cap. 3.]

NOTA DE MÉTODO

Desidentifiquei as contribuições de participantes, inclusive uma demonstração ao vivo de um caso pessoal — apresentada aqui de forma anônima e genérica. “Bill” é caso didático da literatura de TBP. Os nós centrais/amplificadores e a matriz de pesos reproduzem o raciocínio conduzido em aula; os pesos são hipóteses de trabalho (teoria + experiência clínica), não medidas. O instrumento breve de monitoramento, atribuído em aula a Hofmann, foi ancorado no PBAT (Ciarrochi et al., 2022), da mesma tradição. Referências conferidas por busca.

Levar para a prática

Marque conforme experimentar em sessão — e salve o PDF para acompanhar.

- ☐ Para cada queixa, perguntei o que aparece (variação), qual a função (seleção) e o que mantém (retenção) — antes de tentar reduzir o sintoma.
- ☐ Comecei pelos sinais iniciais e os relatei a outros domínios com perguntas (“o que faz, pensa, como se vê?”), buscando o que gera alívio/esquiva.
- ☐ Montei arestas com lógica se-então e marquei os ciclos de retroalimentação — validando a rede com o paciente.
- ☐ Identifiquei nós centrais (self/comportamento) e amplificadores (atenção/cognição) e escolhi no máximo dois objetivos.
- ☐ Casei objetivos e intervenções pelo efeito esperado na rede, comecei onde o paciente pode mudar e re-monitorei o alvo escolhido.

MINHAS ANOTAÇÕES — O QUE LEVO PARA A CLÍNICA

Para revisar — resposta

Responda com suas palavras. O texto fica salvo no PDF.

1. Por que a mesma “ruminação” precisa ser lida em vários domínios (atenção, cognição, self) — e o que muda quando olho a função em vez da forma?

2. Como a lógica “se-então” constrói as arestas, e por que a rede é hipotética e precisa ser validada com o paciente?

3. O que distingue nós centrais de nós amplificadores — e por que as intervenções costumam render mais em self, comportamento, atenção e cognição?

4. Por que trabalhar no máximo dois objetivos por vez, e como o casamento objetivo-intervenção ajuda a decidir por onde começar?