

8

Psicoterapia cognitiva

Bernard Rangé

Os últimos anos têm testemunhado um desenvolvimento vertiginoso de uma abordagem psicoterapêutica denominada Psicoterapia Cognitiva (TC) (Beck *et al.*, 1979; Beck *et al.*, 1985; Beck e Freeman, 1990). Baseia-se no modelo cognitivo segundo o qual afeto e comportamento são determinados pelo modo como um indivíduo estrutura o mundo. Suas cognições (eventos verbais ou pictóricos do sistema consciente) mediam as relações entre os impulsos aferentes do mundo externo e as reações (sentimentos e comportamento). O modelo esquemático é o seguinte:

Acontecimentos ambientais - Processamento cognitivo – afetos e comportamentos

Distingue-se da psicanálise e da psiquiatria biológica na medida em que estes entendem que a ação de um indivíduo está baseada em um determinismo fora do seu controle, enquanto a terapia cognitiva (TC) supõe que a origem da ação encontra-se na consciência, logo sob seu poder. Em relação ao behaviorismo, representa uma evolução na vertente metodológica desta escola psicológica.

Historicamente, a TC teve como precursora a terapia racional-emotiva (Ellis, 1962), mas foi Aaron T. Beck que lhe deu os contornos atuais. Originalmente um psicanalista, Beck percebeu, em seus atendimentos, certas características no processamento cognitivo de seus

pacientes deprimidos e a relação destas como sintomas por eles apresentados. Pouco a pouco foi desenvolvendo um modelo teórico e uma prática correspondente, e submetendo-os a verificações experimentais que as validaram. Na mesma época, as terapias comportamentais também começaram a valorizar progressivamente os aspectos cognitivos (Bandura, 1969; Mahoney, 1973) com o conseqüente desenvolvimento de uma abordagem cognitivo-comportamental (Hawton e cols., 1989). Há uma forte tendência desta abordagem se estabelecer como a principal vertente terapêutica tendo em vista o fato de que a terapia cognitiva também utiliza procedimentos comportamentais, o que faz com que a efetividade destes procedimentos aumente ainda mais e ganhe disseminação crescente.

Funcionamento cognitivo

As interpretações que um indivíduo faz do mundo estruturam-se progressivamente, durante seu desenvolvimento, formando regras ou esquemas. Estes esquemas orientam, organizam, selecionam suas novas interpretações e ajudam a estabelecer critérios de avaliação de eficácia ou adequação de sua ação no mundo. Numa analogia, pode-se dizer que funcionam tal como as regras gramaticais na regulação do comportamento verbal.

90

Bernard Rangé (Org.)

Esquemas são espécies de “fórmulas” que uma

pessoa tem a seu dispor para lidar com situações regulares de maneira a evitar todo o complexo processamento que existe quando uma situação é nova. Orientam e ajudam a uma pessoa a selecionar os detalhes relevantes do ambiente e a evocar dados arquivados na memória também relevantes para sua interpretação. Os esquemas podem se organizar em compostos mais complexos chamados constelações cognitivas que se manifestam por meio de prontidões (*sets*) cognitivas, entendidas como estados de ativação cognitiva, que preparam um indivíduo para um certo tipo de atividade cognitiva específica (detecção de perigo, apreciação estética etc.). Todos estes fatores determinam a espécie e a amplitude das reações emocionais e comportamentais.

Em condições normais, um estado de prontidão cognitiva varia de acordo com mudanças na estimulação. Se houver uma persistência dele por meio de diversas situações, o *sei* está evidenciando uma tendenciosidade que denuncia a ativação de um *modo*. A noção de modo corresponde ao conceito utilizado em eletrônica que define modos de funcionamento de equipamentos (p. ex.: modo rádio FM, modo

rádio AM, modo gravador, modo CD em um equipamento de som). Um modo ativado significa que o indivíduo fica funcionando apenas naquela função (em *looping*) durante um certo período de tempo. Há modos negativistas, narcisistas, vulneráveis, eróticos etc.

A ativação de um modo estimula a ativação de esquemas correspondentes e de determinados *sets* cognitivos; ambos farão disparar *pensamentos automáticos*, que são verbalizações (ou imagens) encobertas, específicas, discretas, telegráficas, reflexas, autônomas e idiossincráticas sentidas como plausíveis e razoáveis. Os pensamentos automáticos vão provocar as emoções correspondentes e, por meio deles, pode-se vir a descobrir os esquemas que os geraram. A análise dos pensamentos automáticos e de seus esquemas geradores tornará possível descobrir os tipos de distorções cognitivas que sustentam as patologias com que nos defrontamos. Cada patologia tende a funcionar com tipos específicos de distorções cognitivas.

Resumidamente, pode-se dizer que qualquer emoção depende da avaliação que um indivíduo faz de uma situação. A percepção de um copo de água pode envolver uma avaliação positiva ou neutra, conforme a sede, ou de perigo, se houver possibilidade de que ela esteja contaminada; uma emoção de alegria, indiferença ou medo corresponderá a cada uma das percepções. A idéia de contaminação pode ocorrer diante de evidências incontestáveis sobre a qualidade da água (claramente suja)

ou, mesmo na ausência destas evidências, da ativação de

pensamentos automáticos relacionados a perigo (“posso me contaminar”). Estes pensamentos automáticos denunciam a existência de um esquema idiossincrático (“se não tiver cuidado sempre, posso me dar mal”) e a ativação de um modo (no caso, de vulnerabilidade). A reação de medo em consequência a um evento sobre o qual não haja evidências de perigo sugere a existência de distorções no processamento cognitivo que podem requerer uma intervenção reparadora.

A noção de domínio pessoal

Um dos esquemas mais fundamentais de um indivíduo é o de *domínio pessoal* (Beck, 1979). É constituído pelo conjunto de objetos tangíveis ou não que são relevantes para uma pessoa. No centro do domínio está seu conceito de si mesma, seus atributos físicos e características pessoais, suas metas e valores. Aninhados em torno do centro há objetos animados ou inanimados nos quais há investimentos e incluem, tipicamente, sua família, amigos, bens materiais e posses. Os outros componentes de seu domínio variam em grau de abstração: escola, trabalho, grupo social, nacionalidade e valores intangíveis como liberdade, justiça ou moralidade. A natureza da resposta emocional perturbada ou não – depende da pessoa perceber os eventos como adicionando (alegria/euforia), subtraindo (tristeza/depressão), ameaçando (medo/pânico) ou invadindo/coagindo (raiva/hostilidade) seu domínio. A seguir, no Quadro 1, alguns exemplos de tipos de eventos que podem levar a várias emoções.

Definição e princípios

A TC é uma abordagem ativa, diretiva e estruturada usada no tratamento de uma variedade de problemas psiquiátricos, fundamentada no modelo cognitivo e caracterizada pela aplicação de uma variedade de procedimentos clínicos como introspecção, *insight*, teste de realidade e aprendizagem visando aperfeiçoar discriminações e corrigir concepções equivocadas que se supõe basearem comportamentos, sentimentos e atitudes perturbadas. Dependendo do tipo de problema do paciente, Beck também caracteriza a TC como um procedimento terapêutico de prazo limitado (transtornos da ansiedade, depressão) ou de longo prazo (transtornos da personalidade). No entanto, há muitos clínicos que a utilizam sem a característica de prazo limitado mesmo para desordens do Eixo I.

Quadro 1 Eventos que afetam o domínio pessoal (Beck, 1977).

Tristeza (decorrente de uma avaliação realista ou não de que algo de valor foi perdido)

- a) perda de objeto tangível ou de fonte de gratificação ou de valorização (morte de parente, perda do emprego);
 - b) perda de um objeto intangível (auto-estima diminuída por fracasso em exame);
 - c) reversão no valor de um ativo (descoberta de falta grave de cônjuge);
 - d) fantasia de perda futura como ocorrendo já (antecipar convictamente uma demissão);
 - e) perda hipotética (não houve morte de um filho no acidente mas poderia haver);
- O pseudoperda (percepção incorreta de um evento como perda: “ele não me ama mais” quando isto é falso).

Alegria (decorrente da percepção ou expectativa de ganho)

- a) expansão do domínio por incorporação de algo novo de algum valor (amor, bens, metas);
- b) antecipação de expansão (vou viajar para o Exterior daqui a uma semana);
- c) aumento em auto-avaliação (relacionar a conquista de algo com a própria ação);

Medo (decorrente de uma avaliação de ameaça iminente)

- a) ameaça de injúria física, doença etc. (exames médicos ruins, ameaça real de seqüestro);
- b) ameaça de rejeição social (idéia de fracasso, justificada ou não, em um exame futuro);
- c) ameaça de desastre econômico (anúncio de plano econômico lesivo; avaliação falsa das próprias capacidades administrativas);
- d) ameaça de perda de objeto tangível ou intangível valioso (doença grave do marido).

Raiva (decorrente de uma avaliação de injustiça, opressão, invasão etc.)

- a) ataquedeliberado (físico, verbal, coerção, privação, oposição, invasão) ao domínio;
- b) frustração por restrição/impedimento deliberado ou não de direitos;
- c) ataque à auto-estima por ação não-deliberada;
- d) ataques hipotéticos (violação de regras mesmo quando não há dano).

Uma sólida relação terapêutica é uma condição necessária para uma TC efetiva. Atributos como empatia, interesse genuíno, calor humano, autenticidade devem estar presentes em todo terapeuta cognitivo. O processo psicoterapêutico é visto como um esforço colaborativo entre terapeuta e paciente em que, em conjunto, estabelecem os objetivos da terapia e de cada sessão, o prazo e a duração do contrato terapêutico, os “sintomas-alvo” a serem atacados, as tarefas para as sessões subseqüentes etc. Cabe ao paciente realizar as tarefas e exercitar as habilidades que estiver adquirindo, ficando clara assim a participação ativa do paciente em seu processo de mudança.

A TC usa primariamente um *método socrático*. De forma alguma ela pode ser persuasiva. Transcorre fundamentalmente em torno de perguntas que o terapeuta faz para o paciente de modo que este possa questionar os fundamentos de seus pensamentos automáticos e que, reconhecendo a ausência destes, possa modificá-los. Estes questionamentos giram em torno, basicamente, de

uma busca de evidências que sustentam (ou *não*) as crenças e pensamentos automáticos, bem como sobre outras alternativas possíveis de interpretar a situação. A falta ou insuficiência de evidências justificáveis e a concepção de outras interpretações tende a abalar a confiança numa crença, tornando-a uma hipótese entre outras sujeita a verificação. Assim a TC visa ajudar o paciente a processar as informações de um modo semelhante ao que um cientista usa em seu trabalho e que o próprio paciente também usa quando envolvido em situações não prejudicadas por um processamento falho como, por exemplo, quando investiga as razões de um vazamento de água, ou uma falha elétrica ou um tremor na direção de um veículo. Daqui se depreende que a TC também se utiliza de um *método indutivo*, na medida em que toma as evidências dos dados como instrumento de avaliação da credibilidade das hipóteses.

A TC é *orientada para o problema*, não para a personalidade. É *estruturada e diretiva* para atingir seus objetivos de mudança na situação problemática específica. Psicoterapi

comportamental e cognitiva

91

92

Bernard Rangé (Org.)

ca. Para isso, se baseia em um *modelo educacional* com o objetivo de ensinar ao paciente recursos e habilidades para lidar sozinho com novas situações com as quais se defronte no futuro.

O *trabalho de casa* é considerado um aspecto central da TC, uma vez que o trabalho desenvolvido nas sessões é limitado no tempo, e que o tempo fora das sessões pode ser eficientemente utilizado para novas experiências e exercícios corretivos de suas crenças disfuncionais. A resistência em realizá-los deve ser examinada nas sessões, de modo a detectar os possíveis fatores que estimulem esta evitação.

Processo terapêutico

Figura 1. Registro diário de pensamentos disfuncionais (RDPD) (Beck *et al.*, 1979).

Observação: assinalar a intensidade do sentimento O a 10), o grau de convicção do pensamento (0 a 10).

L

Parte da sintomatologia de um paciente pode ser atribuída à incompreensão do que lhe acontece. É fundamental que, seja como elemento de aliança terapêutica, seja como por respeito a seus direitos como cidadão e paciente, seja como já parte do processo de mudança, uma *explicação detalhada* da lógica da TC e da compreensão possível, até o momento, da problemática trazida pelo paciente. Este passo inicial é importante para um certo grau de alívio do sofrimento do paciente em consequência de ter se sentido compreendido; é importante também para que, por meio deste alívio, haja um correspondente aumento da esperança de resolução de seus problemas; também o é para o estabelecimento de uma aliança terapêutica produtiva, para o compromisso com um contrato de trabalho firmado em bases de cooperação mútua; e, finalmente, para o entendimento do que se pretende fazer, do que se espera do paciente e como isso se insere no processo e resultado.

Já se viu que o enfoque da TC se baseia na idéia de que pensamentos geram os afetos e os comportamentos que constituem a queixa do paciente. A detecção desses pensamentos durante a sessão, quando estão “quentes” e “vivos”, é crucial para uma adequada demonstração das distorções cognitivas em ocorrência. Mas é importante que, desta experiência, o paciente aprenda a detectar por si mesmo os pensamentos disfuncionais, como um primeiro passo para aprender a manejá-los. Para isso, são usados os Registros Diários de Pensamentos Disfuncionais (RDPD), nos quais, tomando-se os afetos como marcadores de uma ocasião apropriada para uma entrada, são registrados os eventos situacionais (dia, hora, situação), emocionais (sentimentos, reações corporais) e cognitivos (pensamentos e imagens) relevantes (ver Figura 1). As sessões seguintes envolverão, seguramente, uma análise e discussão detalhada dos RDPDs.

A análise dos RDPDs, juntamente com as entrevistas, permitirá o estabelecimento em conjunto dos “sintomas-alvo” (desânimo, tristeza, ansiedade, falta de concentração, evitações, ideações suicidas etc.), dependendo do quadro apresentado pelo paciente e de suas necessidades mais imediatas. A alteração das cognições que sustentam estes sintomas-alvo é passo seguinte, logicamente necessário dentro do modelo.

Uma vez que o paciente tenha adquirido uma compreensão da lógica do processo, a detectar os pensamentos disfuncionais e a fazer reestruturações de suas cognições, é chegado o momento de *generalizar* o tratamento para fora do contexto terapêutico. A aprendizagem realizada pelo paciente de como questionar e reestruturar suas crenças disfuncionais poderá ser realizada por ele próprio em seu dia-a-dia e registrada nos RDPDs para posterior análise.

Dependendo da problemática o tratamento poderá (quase sempre) incluir o uso de *procedimentos comportamentais*. O Plano Semanal de Atividades Diárias (PAD), a prescrição de tarefas graduadas, a auto-exposição a determinadas situações, a prevenção de respostas podem ser recomendadas como técnicas auxiliares para combate de determinados sintomas-alvo e para testes da realidade imprescindíveis na modificação de crenças distorcidas (ver Figura 2).

As técnicas terapêuticas destinam-se a identificar, testar na realidade e, com isso, corrigir concepções errôneas. Isto ajuda o paciente a pensar de forma mais objetiva e realista. Elas envolvem ensinar ao paciente a observar e controlar seus pensamentos automáticos depois que ele reconheça os vínculos entre cognições, afetos e comportamento; examinar evidências pró e contra seus pensamentos automáticos; substituir as cognições auto-

dia! hora	situaçao	sentimento s	pensa- mento s	resposta racional
--------------	----------	-----------------	----------------------	----------------------

Psicoterapia comportamental e cognitiva

93

Figura 2. Programa semanal de atividades diárias (PAD) (Beck *et al.*, 1979).

máticas tendenciosas por outras mais orientadas para a realidade; e aprender a identificar e alterar as crenças (esquemas) disfuncionais que sustentam e geram os pensamentos automáticos.

Aplicações clínicas

Procuraremos agora demonstrar a aplicação da TC no campo de alguns transtornos como os da ansiedade, da depressão e os de personalidade, tendo em vista a alta incidência destes problemas na população (Myers *et al.*, 1984) e a eficácia do tratamento cognitivo-comportamental nestas áreas (Beck e cois., 1979; Beck, Emery e Greenberg, 1985; Beck e Freeman, 1990).

1. Transtornos da ansiedade

A abordagem cognitiva concebe que as reações emocionais são determinadas pelas avaliações que um indivíduo faz de seu ambiente e de si próprio em relação àquele. Entende que são formadas sucessivas avaliações e reavaliações que precisam o grau exato da ameaça que

uma determinada situação representa para o indivíduo. Qualquer evento dispara uma avaliação inicial que fornece uma primeira impressão sobre como ele pode afetar os interesses vitais (domínio pessoal, ver acima) da pessoa. Uma segunda avaliação se segue, quando então a primeira poderá ser confirmada ou revertida. Na medida em que esta segunda avaliação confirme uma ameaça profunda ao domínio (ameaça à sobrevivência, à individualidade, ao funcionamento, às ligações interpessoais, à saúde, ao patrimônio, aos valores etc.) surge uma reação de emergência. A característica principal desta reação é seu aspecto egocêntrico, também se apresentando como global, absoluta e arbitrária (Beck, Emery e Greenberg, 1985). Num quadro de pânico, por exemplo, a segunda avaliação envolve freqüentemente a idéia de morte iminente, o que ilustra as características acima descritas.

Esta avaliação inclui não apenas estimativas quanto à ameaça da situação em si como também dos recursos da pessoa para lidar com o perigo. Avaliações que indicam efeitos extremamente dramáticos de uma situação e um autoconceito diminuído conduzem a reações intensas de ansiedade. Estas por sua vez podem afetar uma capacidade até bem estabelecida de manejar uma

	segunda	terça	quarta	quinta	sexta	sábado	domingo
7:00- 8:00							
8:00- 9:00							
9:00-10:00							
10:00-11:00							
11:00-12:00							
12:00-13:00							
13:00-14:00							
14:00-15:00							
15:00-16:00				-			
16:00-17:00							
17:00-18:00							
18:00-19:00							
19:00-20:00							
20:00-21:00							
21:00-22:00							
22:00-23:00							

1k

Bernard Rangé (Org.)

situação pela interferência de reações primitivas de defesa (ansiedade, luta-ou-fuga). Como muitas vezes a fuga é impossível a interferência cresce até atingir proporções paroxísmicas.

O cerne das desordens de ansiedade é o conceito de *vulnerabilidade* (Beck, Emery e Geenberg, 1985) que pode ser definido como a percepção que uma pessoa tem de si mesmo quando submetida a perigos internos ou externos sobre os quais seus recursos para controlá-los estão faltando ou sendo insuficientes para poder lhe fornecer um senso de segurança. Nos transtornos de ansiedade (pânico com ou sem agorafobia, TAG, TOC, fobia social, fobia simples, TEPT) o senso de vulnerabilidade está grandemente aumentado pela operação de certos processos cognitivos disfuncionais (minimização de recursos pessoais, abstração seletiva com foco em suas fraquezas, catastrofização, hipergeneralização, memórias ou projeção futura seletivas etc.) (ver Quadro 2).

O conceito de modo se revela aqui com um significado especial. Normalmente, as situações se alteram com as correspondentes alternâncias nos modos. Nos casos patológicos, os modos tendem a funcionar em *looping*. Assim, se um fóbico social for exposto a uma situação social ameaçadora, seus pensamentos automáticos, catastróficos e ruminativos – que indicam a ativação do modo vulnerabilidade – disparam e persistem, com consequente aumento no nível da ansiedade, o que, por sua vez, ativa mais o modo com seus pensamentos automáticos, e assim por diante. Um doente do pânico, que identifica erroneamente um conjunto de sinais de seu corpo como uma iminência de ataque cardíaco e morte, exibe também a ativação do modo de vulnerabilidade. O contexto, a falta de habilidades específicas para determinadas situações, a experiência anterior, a interferência da ansiedade no desempenho eficaz, as previsões catastróficas, cada uma, algumas ou todas poderão contribuir para a intensificação de suas reações.

Transtorno do pânico e agorafobia

O modelo cognitivo do pânico (Clark, 1986) se apóia na idéia de espiral (ver Figura 3). Supõe que um estímulo qualquer pode disparar uma avaliação inicial de perigo que produz, em consequência, ansiedade; uma segunda avaliação é realizada sobre a própria reação de ansiedade, de modo distorcido e catastrófico, o que conduz a uma intensificação das reações que compõem a ansiedade (taquicardia, sudorese, vertigem, tonteira, tremores etc.) o que por sua vez, conduz a interpretações ainda mais catastróficas, e assim por diante. A ocorrência de hiperventilação tem sido admitida como um fator

Figura 3. Modelo cognitivo do transtorno do pânico (Clark, 1986).

preponderante nesta intensificação Garssen e cois., 1983). O quadro se manifesta nos três níveis de respostas (Lang, 1968): cognitivo (idéias de morte iminente, desmaio, loucura, perda do controle), autonômico (sinais corporais acima descritos) e comportamentais (fuga, evitação, busca de amparo). A experiência é tão assustadora que pode desenvolver-se um medo do medo (Goldstein e Chambless, 1978), que poderá precipitar o desenvolvimento de um quadro de agorafobia. Uma espécie de radar fica ativado para monitorar qualquer variação em seu ambiente interior tornando o indivíduo altamente sensibilizado a estas variações. Se alguma ocorrer, uma nova crise poderá surgir em decorrência de novas interpretações catastróficas.

Fobia social

Nos estados de ansiedade relacionados à avaliação, as situações sociais são percebidas como ameaçadoras porque representam possibilidades de “desmascaramento” do indivíduo pois ele tende a ou se ver de uma maneira muito negativa ou a estabelecer níveis de desempenho extremamente elevados, o que facilita sentir-se sempre na iminência de que seja descoberto em suas deficiências. Tende a ver os outros como procurando por suas fraquezas, deficiências etc., especialmente quando eles estão em posição de superioridade na hierarquia social. Como se vê vulnerável, a sua tendência natural é de autoproteção e retração. Isto alivia sua ansiedade e reforça seu movimento defensivo, mas impede que constate sua capacidade de desempenhos efetivos que pudessem modificar sua auto-imagem. A tendência – já que

SEQUÊNCIA DE EVENTOS EM UM ATAQUE DE PÂNICO

ESTÍMULO

(interno ou externo)

INTERPRETAÇÕES DE SENSações COMO CATASTRÓFICAS

APREENSÃO

SENSações CORPORAIS

Quadro 2. Estratégia A.C.A.L.M.E.-S.E. (adaptada de Beck, Emery e Greenberg (1985) pelo autor.

Para lidar com sua ansiedade, lembre-se de

A.C.A.L.M.E.-S.E.

A chave para lidar com um estado de ansiedade é *aceitá-lo totalmente*. Permanecer no presente e aceitar sua ansiedade fazem-na desaparecer. Para lidar com sucesso com sua ansiedade você pode utilizar a estratégia “ACALME-SE.”, de oito passos. Usando-a você estará apto(a) a aceitar a sua ansiedade até que ela desapareça.

1. *Aceite a sua ansiedade*. Um dicionário define aceitar como dar “consentimento em receber”. Concorde em receber a sua ansiedade. Mesmo que lhe pareça absurdo no momento, aceite as sensações em seu corpo assim como você aceitaria em sua casa um hóspede inesperado e desconhecido. Decida estar com sua experiência. Substitua seu medo, sua raiva e sua rejeição por *aceitação*. Não lute contra ela. Resistindo você estará prolongando e intensificando o seu desconforto. Em vez disso, flua com ela.

2. *Contemple as coisas em sua volta*. Não fique olhando para dentro de você, observando tudo e cada coisa que você sente. Deixe acontecer com o seu corpo o que ele quiser, sem julgamento: nem bom nem mau. Olhe em volta de você, observando cada detalhe da situação em que você está. Descreva-os minuciosamente para você, como um meio de afastar-se de sua observação interna. Procure ser um só, você e seu lado observador: deixe-se dissolver em pura observação. Lembre-se:

você *não* é sua ansiedade. Quanto mais você puder separar-se de sua experiência interna e ligar-se nos acontecimento externos, melhor você se sentirá. *Esteja* com ansiedade, mas não *seja* ela; *seja apenas observador*.

3. *Aja com sua ansiedade*. Normalize a situação. Aja como se você não estivesse ansioso(a), isto é, funcione com ela. Diminua o ritmo, a velocidade com que você faz as suas coisas, mas mantenha-se ativo(a)! Não se desespere, interrompendo tudo para fugir. Se você fugir, a sua ansiedade vai diminuir mas o seu medo vai aumentar, donde na próxima vez a sua ansiedade vai ser pior. Se você ficar onde está – e continuar fazendo as suas coisas – tanto a sua ansiedade quanto o seu medo vão diminuir. Continue agindo, bem devagar!

4. *Libere o arde seus pulmões, bem devagar!* Respire bem devagar, calmamente, inspirando pouco ar pelo nariz e expirando longa e suavemente pela boca. Conte até três, devagarzinho, na inspiração e até seis, na expiração. Faça o ar ir para o seu abdômen, estufando-o ao inspirar e deixando-o encolher-se ao expirar. Não encha os pulmões. Ao exalar, não sobre: apenas deixe o ar sair

lentamente por sua boca. Procure descobrir o ritmo ideal de sua respiração, nesse estilo e nesse ritmo, e você descobrirá como isso é agradável.

5. *Mantenha os passos anteriores*. Repita cada um, passo a passo. Continue a: (1) aceitar sua ansiedade; (2) contemplar; (3) agir com ela e (4) respirar calma e suavemente até que ela diminua e atinja um nível confortável. E ela irá, se você continuar repetindo esses quatro passos: aceitar, contemplar, agir e respirar.

6. *Examine agora seus pensamentos*. Você deve estar antecipando coisas catastróficas. Você sabe que elas não acontecem. Você já passou por isso muitas vezes e sabe que nunca aconteceu nada do que você pensou que aconteceria. Examine o que você está dizendo para você mesmo(a) e reflita racionalmente para ver se o que você pensa é verdade ou não: você tem provas sobre se o que você pensa é verdade? Há outras maneiras de você entender o que está lhe acontecendo? Lembre-se: você está apenas ansioso(a): isto pode ser *desagradável*, mas não é *perigoso*. Você está pensando que está em perigo, mas você tem *provas reais e definitivas* disso?

7. *Sorria, você conseguiu!* Você merece todo o seu crédito e todo o seu reconhecimento. Você conseguiu, *sozinho(a)* e com seus próprios recursos, tranquilizar-se e superar este momento. Não é uma vitória pois não havia um inimigo, apenas um visitante de hábitos estranhos que você passou a compreendê-lo e aceitá-lo melhor. Você agora saberá como lidar com visitantes estranhos.

8. *Espere o melhor*. Livre-se do pensamento mágico de que você terá se livrado definitivamente de sua ansiedade, para sempre. Ela é necessária para você viver e continuar vivo(a). Você precisa dela e ela ocorrerá sempre que você estiver em perigo ou que *você pensar* que está em perigo. Onde é natural que ela ocorra. O que pode estar errado é o que você está pensando a partir dela. Em vez de se considerar livre dela, surpreenda-se pelo jeito como você a maneja, como você acabou de fazer agora. Esperando a ocorrência de ansiedade no futuro, você estará em uma boa posição para lidar com ela novamente. Enriqueça sua memória com esta experiência, entre outras importantes da sua vida. Você se tornou uma pessoa diferente agora: mais realista, mais conhecedora de suas capacidades, mais segura, mais confiante. Esta experiência vale um lugar de destaque em seu álbum de recordações.

nestas fobias, ao contrário das outras, não há possibilidade de evitação permanente dos objetivos fóbicos – é desenvolver padrões de atuação perfeccionistas como “garantia” contra erros, mas que, na verdade, apenas contribuem para aumentar sua ansiedade. Suas distorções cognitivas costumam girar em torno de fantasias de incapacidade, extrema auto-exigência e perfeccionismo, conseqüências catastróficas para seus erros, intolerância com qualquer sinal de possível desvio quanto a normas imaginadas de desempenho etc. As situações sociais que possam representar oportunidades de evidenciar suas falhas produzirão sinais de ansiedade progressivamente crescentes conforme se aproximem no tempo.

Tratamento cognitivo dos transtornos da ansiedade

O processo terapêutico envolve:

- a) estabelecimento de uma forte relação de aliança terapêutica. Se esta aliança é fundamental para qualquer tratamento, psicoterápico ou não, nos quadros ansiosos ela se torna ainda mais necessária, haja vista a idéia de ameaça sempre presente nestes quadros, o autoconceito diminuído nestes pacientes e suas características de dependência (aliás, cuidados devem ser tomados quanto a esse aspecto de forma a que a aliança não trabalhe a favor da dependência). A aliança se estabelece a partir de sinais do terapeuta de aceitação, empatia, interesse genuíno, calor humano e de compreensão da problemática.
- b) informação detalhada ao paciente do modelo cognitivo-comportamental de seu problema, de forma a ajudá-lo a compreender mais realisticamente suas dificuldades, a começar a desmistificar suas interpretações catastróficas e a obter uma sensação de maior domínio e controle sobre o problema. Apenas esta explicação já pode produzir um considerável alívio no paciente e induzir seu envolvimento cooperativo, fundamental para o processo terapêutico. A explicação também pode envolver alguns exercícios (hiperventilação provocada, ideações catastrofizantes, idealmente acompanhadas por um monitor de *biofeedback* para verificação das relações entre eventos, cognições e ansiedade), de maneira que o paciente possa comprovar a veracidade do que lhe está sendo informado. Deixa-se claro que o tratamento envolverá intervenções nos três níveis de resposta: cognitivo (por meio de métodos cognitivos), autonômico

(por meio de técnicas respiratórias e de relaxamento muscular progressivo) e comportamental (por meio de exposição gradual e prevenção de respostas de fuga/evitação). Discute-se também a eventualidade do uso de medicação.

- c) aprender a identificar pensamentos automáticos catastróficos e a questioná-los para buscar evidências que os sustentem ou não, para descobrir outras alternativas e para descatastrofizar suas projeções futuras. A aquisição da capacidade de detecção dos pensamentos automáticos permite a introdução dos registros desses pensamentos fora das sessões para posterior análise em sessões futuras.

d) treino de relaxamento muscular progressivo (Jacobson, 1938) e de técnicas de respiração diafragmática que são procedimentos inibidores da ansiedade (Wolpe, 1958). Eventualmente estes procedimentos podem não ser utilizados uma vez que a ênfase é na aceitação de suas sensações corporais baseada no entendimento por parte do paciente que elas são naturais.

- e) solicitação de preenchimento dos Registros Diários de Pensamentos Disfuncionais (RDPD) (ver Figura 1). Esses registros são extremamente importantes pois será sobre ele que o processo de reestruturação cognitiva se dará pelo exame dos pensamentos registrados quanto a sua veracidade e adequação. Progressivamente o paciente vai adquirindo a capacidade de, sozinho e independentemente, questionar ele mesmo seus pensamentos como mecanismo de reestruturação cognitiva de forma a poder prescindir da intervenção de um terapeuta.

O quando o paciente estiver dominando satisfatoriamente seus novos recursos para enfrentar situações ansiogênicas, inicia-se a fase de exposição voluntária e gradual, na realidade, com ou sem a presença do terapeuta. Estes testes são importantes porque permitem a detecção dos pensamentos automáticos no instante de sua ocorrência, o que facilita muito a sua contestação. Permitem também que o paciente possa verificar sua capacidade de enfrentar vitoriosamente a situação, o que tende a fazê-lo inverter o balanço entre o grau das ameaças e seus recursos pessoais para enfrentá-las, fortalecendo assim sua auto-eficácia (Bandura, 1977), sua autoconfiança e sua auto-estima. Aos poucos, estes ensaios permitem retirar o paciente dos modos negativistas e de vulnerabilidade, pro

Psicoterapia comportamental e cognitiva

97

movendo uma alternância mais equilibrada entre os diversos modos.

- g) uso da estratégia “ACALME-SE.” (adaptada pelo autor a partir de Beck, Emery e Greenberg, 1985) como um instrumento de manejo da ansiedade (ver Quadro 2).

h) grande importância é dada à análise da situação existencial do paciente já que é nela que se encontra a fonte dos conflitos que são subjacentes às suas dificuldades. Crises de pânico, por exemplo, costumam consistir em punições terríveis, mas mesmo assim ainda mais brandas que aquelas imaginadas que ocorreriam se sua liberdade não estivesse sendo assim por elas restringida. Em vários transtornos da ansiedade, é quase certa a presença de estados depressivos

(Maser e Cloninger, 1990), o que exige a utilização de métodos antidepressivos (Rangé. 1988) que, por seus efeitos, também contribuem para a superação do quadro ansioso.

a) Pura reestruturações cognitivas:

A meta fundamental é tornar o paciente mais consciente de seus processos de pensamento para permitir a correção de erros lógicos ou de conteúdo por meio de perguntas que o conduzam a constatar seus erros. Um estilo persuasivo deve ser firmemente evitado pelo terapeuta. A inquirição, basicamente, resume-se a três grandes perguntas:

a) *Quais são as evidências?* Respostas a esta pergunta implicarão: (1) uma análise da lógica deficiente; (2) um uso da técnica das três colunas (registro de dados de situações, interpretações do paciente e avaliação do tipo de erro cognitivo envolvido nas interpretações; ver Figuras 3 e 4); (3) um fornecimento de informações e (4) teste das hipóteses (pensamentos automáticos) na realidade por meio de exercícios e ensaios programados antecipadamente nas sessões;

b) *Há outras interpretações possíveis desta situação?* Respostas a esta pergunta implicarão: (1) uma produção de interpretações alternativas; (2) um descentramento/distanciamento do paciente em relação a si próprio e ao problema; (3) um enfraquecimento da convicção do paciente em seus pensamentos automáticos pela mera constatação da possibilidade de interpretações alternativas; (4) aumentos na perspectiva

de se encarar a situação e (5) uma reatribuição das relações de causalidade;

e) *E se acontecer o pior que você imagina?* Respostas a esta pergunta implicarão: (1) descatastrofização das conseqüências imaginadas pela descoberta de que os efeitos imaginados raramente conduzem a algo mais do que nada; (2) estabelecimento de planos de adaptação para situações que envolvem algum tipo de perigo potencial.

Torna-se muito necessário lidar também com representações icônicas dos pacientes já que estas podem ser uma das principais fontes de sua ansiedade. Isto pode ser alcançado por meio de: (1) repetição da imagem para produção de habituação; (2) desligamento ou distração, por meio de envolvimento em outra atividade; (3) projeção no tempo, visando descatastrofização; (4) intenção paradoxal, como uma alternativa à anterior; (5) indução de mudanças na imagem, como se o paciente fosse um cineasta que cria e varia suas imagens; (6) uso de metáforas e muitos outros procedimentos.

b) Para lidar com o componente afetivo:

O passo mais fundamental é o de aceitação dos sentimentos. Disso depende, é claro, uma reestruturação cognitiva no sentido de desmistificar as fantasias do paciente quanto às situações temidas. O exercício em sessões, por intermédio da produção de cognições ansiogênicas ou de hiperventilação, é um meio muito produtivo nesta direção. Isto ajuda também a reduzir a ansiedade sobre a própria ansiedade. Reestruturações também precisam ser dirigidas para reduzir a vergonha quanto à ansiedade. Importante ainda é uma compreensão da sua natureza e função em nossa vida. Algumas estratégias úteis para ajudar o paciente a superá-la incluem ajudá-lo a conseguir a agir tão normalmente quanto possível. Técnicas respiratórias e de relaxamento são muito eficientes e são recomendadas. A busca de evidências de que são seus pensamentos, e não as coisas propriamente ditas, que produzem sua ansiedade deve ser incessantemente perseguida por meio da demonstração de erros de processamento tais como raciocínio seqüencial, emocional ou analógico.

e) Para lidar com o componente comportamental:

Um dos aspectos mais importantes é conseguir a adesão do paciente ao tratamento e motivá-lo para os

98

Bernard Rangé (Org.)

testes na realidade que precisará fazer de modo a que suas cognições possam modificar-se. Isto é necessário para que o paciente abandone seus mecanismos de auto- proteção, tais como evitação de determinadas situações e busca de amparo. A aproximação gradual é uma condição fundamental para o sucesso e, para isso, é necessária a construção de hierarquias de situações ansiogênicas que orientem a auto-exposição. Os passos serão realizados pelo paciente fora das sessões (com ou sem a ajuda de outros significativos, inclusive, o próprio terapeuta, no início do processo), como trabalho de casa. O contrato sobre o trabalho de casa precisa ser feito com muita ênfase e comprometimento de modo a destacar a sua importância. Ensaios comportamentais devem ser realizados nas sessões para preparar adequadamente o paciente para a auto-exposição e como forma de dessensibilização. É importante detalhar os pensamentos que costumam interferir negativamente com o desempenho de tarefas necessárias e ao paciente e ao processo da terapia para que possam ser

modificados, senão a probabilidade de evitação aumentará na ocasião do desempenho. Um bom auxílio é a técnica “como se” que consiste em ajudar ao paciente a se comportar “como se” não sentisse nenhuma ansiedade, por meio da descrição antecipada e precisa de cada passo do que terá que fazer, de forma a torná-lo mais ligado na tarefa do que em si. Técnicas de desenvolvimento de sua assertividade também são desejáveis.

2. Depressão

Uma justificativa para a escolha da depressão como ilustração de uma utilização de procedimentos cognitivos baseia-se na grande incidência deste problema na população (Regier e cols.) e na demonstrada efetividade da técnica cognitiva em seu tratamento (Beck e

cols.).

Modelo cognitivo da depressão

O modelo cognitivo da depressão envolve três pressupostos conceituais:

a) *triade cognitiva*: consiste num conjunto de três padrões cognitivos negativos. O primeiro envolve uma visão negativa que o paciente tem de si: percebe-se como inadequado, feio, errado, defeituoso, doente, sem valor ou importância, fracassado e tende a atribuir essas características a defeitos de sua natureza física, psicológica ou ética. Se sua natureza é má ou inadequada

entende que não poderá ser valorizado ou amado por ninguém, nem ser feliz. O segundo envolve uma visão negativa do mundo à sua volta e das experiências que ele lhe provoca. O mundo é encarado como incapaz de lhe propiciar experiências positivas, como superexigente, frustrante, falso e cheio de obstáculos insuperáveis ou de solicitações absurdas e inatingíveis. O terceiro componente da triade envolve uma visão negativa do futuro. São feitas antecipações de que as dificuldades e os sofrimentos presentes serão intermináveis e que esforços em alcançar objetivos específicos serão inevitavelmente fracassados.

b) *esquemas e modos depressogênicos*: o funcionamento cognitivo está principalmente baseado na ativação de esquemas, que são estruturas cognitivas responsáveis pela seleção e organização das experiências de um indivíduo (Beck e cols., 1979, 1985). São padrões estáveis que formam a base da regularidade das interpretações, seja para situações conhecidas ou para situações novas. Os esquemas são os responsáveis pelo acento, tom ou cor pessoal ou idiossincrático que cada indivíduo manifesta em suas interpretações dos eventos que presencia. Como se viu, os esquemas ativados regularmente podem exibir certas tendenciosidades que denunciam a ativação de um modo, em que o aparelho cognitivo funciona de forma predominantemente fixa em um certo estilo. Quando um modo está ligado, mais facilmente certos esquemas serão ativados, o que significa que, mais certamente, as interpretações do indivíduo tenderão a ser consistentes entre si e mais independentes da estimulação externa. Quando uma pessoa está deprimida, suas conceituações sobre uma situação são distorcidas para conformarem-se aos esquemas disfuncionais predominantes. Quanto mais ativo o modo, mais facilmente são evocados por qualquer estímulo. Se ela passa a funcionar em um modo negativista, qualquer estímulo ou experiência é processado pelo prisma negativo, gerando pensamentos negativistas, perseverativos e ruminativos, em *looping*. Assim a organização cognitiva deprimida torna-se autônoma e chega a tornar-se independente da estimulação externa.

c) *pensamentos automáticos e processamento falho das informações*: a ativação de um modo negativista gera a ativação de esquemas depressivos

Pacoterapia comportamental e cognitiva

99

sogênicos. Estes, por sua vez, disparam pensamentos automáticos negativos que contêm vários tipos de erros sistemáticos de interpretação dos fatos pelo deprimido e preservam as crenças disfuncionais do paciente na validade de seus conceitos negativistas. Vários tipos de erros de processamento ou distorções cognitivas podem ser encontrados em pacientes deprimidos tais como: pensamento dicotômico, abstração seletiva, inferência arbitrária, hipergeneralização, personalização etc. (ver Quadro 3).

O modelo cognitivo da depressão entende que os demais sintomas da síndrome são conseqüências da ativação dos padrões negativistas da triade, dos esquemas e modos e dos pensamentos automáticos. Uma pessoa pensar que está (ou é) horrível produz o mesmo efeito (por exemplo, tristeza) que uma deformação real. Seu pessimismo e desamparo em relação ao futuro determinam sua apatia, desânimo, paralisia ou fuga/evitação de muitas situações. Quem se percebe assim necessariamente

ficará dependente, pois só com a ajuda dos outros poderá escapar do fracasso e da humilhação decorrente de suas tentativas. A ideia suicida torna-se compreensível se tudo parece perdido, agora e para sempre, e se esta pessoa se sente um fardo para todos. Seus sintomas físicos também decorrem desta visão negativa: perda de apetite alimentar e sexual, perturbações no sono etc. (Beck e cols., 1979).

Tratamento cognitivo da depressão

O primeiro passo consiste na explicação da lógica do tratamento para o paciente obter sua adesão. O estabelecimento de uma forte aliança é fundamental, com os devidos cuidados para não haver um incentivo para a dependência. Um contrato para um trabalho cooperativo para alcançar as metas propostas deve ser estabelecido. As técnicas terapêuticas destinam-se a identificar, testar na realidade e corrigir conceitos distorcidos e crenças disfuncionais e, com isso, ajudar o paciente a pensar mais objetiva e realisticamente. Envolvem (a) incentivos

Quadro 3. Distorções cognitivas

1. *Pensamento dicotômico*: é a tendência de interpretar todas as experiências em termos de categorias opostas e polarizadas (preto/branco, tudo/nada, sempre/nunca, perfeição/fracasso, absoluta segurança/perigo total). Ex.: “uni sinal imprevisto do meu corpo significa perigo iminente”; ou “se eu não me sair sempre bem (no trabalho etc.), isto significa que sou um fracasso”.
2. *Abstração seletiva*: é a tendência a focalizar apenas um detalhe retirado de um contexto, ignorando nitros aspectos também importantes, e conceber a totalidade da experiência com base no fragmento. Ex.: “sou impotente” (após unia falha erétil).
3. *Inferência arbitrária*: é a tendência a chegar a uma conclusão (ou regra) na ausência de provas suficientes, ou por meio de um raciocínio lógico falho. Ex.: “não sou atraente para as mulheres” (depois de algumas tentativas de corte infrutíferas).
4. *HiIvergeneralização*: é a tendência a ver um evento negativo único como parte de um padrão interminável de perigos ou sofrimentos. Ex.: “se eu senti medo aqui, vou sentir sempre de novo”; ou “tudo sempre dá errado para mim” (depois de bater com o carro).
5. *Desqualificação do I,ositivo*: é a tendência a recitar experiências ou fatos positivos por Insistir que “não contam”, por qualquer motivo. Ex.: “sou burra e doente” (mesmo tendo passado em dois vestibulares);

ou “não perdi o controle *ainda*” (desconsiderando que *nunca* aconteceu nada durante inúmeros ataques de pânico).

6. *Erro oracular*: é a tendência a antecipar que “as coisas vão dar errado” de qualquer maneira, sem base para essa afirmação. Ex.: “eu sei que vou ser rejeitada”.

7. *Raciocínio emocional*: é a tendência a tomar as próprias emoções como provas de uma “verdade”. Ex.: “se sinto pânico é porque essa situação é muito perigo-

sa”.

8. *Rotula ção*: é a tendência a descrever erros ou medos por características estáveis do comportamento, por rótulos pessoais. Ex.: “eu sou um fracasso” em vez de “falhei nisso”.

9. *Tiranía (los “deveria”*: é a tendência a dirigir a própria vida em termos de “deverias” e “não deverias”, por avaliações de “certo” ou “errado”, em vez de dirigir por seus desejos. Ex.: “eu deveria estudar mais” em vez de “eu quero (ou não quero) estudar mais”.

10. *Personaliza ção*: é a tendência a se ver como causador de fatos ruins, sem o ser, de fato. Ex.: “se algo acontecer ao meu casamento, a culpa é só minha”.

11. *Leitura mental*: é a tendência a antecipar negativamente, sem provas, o que as pessoas vão pensar sobre você. Ex.: “se entrar em pânico aqui todos vão pensar que sou doente”.

100

Bernard Rangé (Org.)

a um aumento e uma diversificação na atividade geral (principalmente prazerosa) do indivíduo; (b) observar e controlar pensamentos automáticos; (c) perceber os vínculos, entre cognições e os afetos e comportamentos depressivos decorrentes; (d) examinar evidências favoráveis ou contrárias a seus pensamentos automáticos; (e) substituir as cognições automáticas tendenciosas por outras mais orientadas para o real e; (f) aprender a identificar e alterar crenças disfuncionais que fundamentam os pensamentos automáticos negativos.

Técnicas comportamentais:

A análise experimental do comportamento demonstrou que um estado depressivo se relaciona com o nível de reforçamento que uma pessoa obtém pela emissão de seus comportamentos (Ferster, 1973). Seja porque uma parte considerável de seu repertório comporta- mental entrou em extinção (isto é, deixou de produzir os reforçadores que anteriormente produzia), seja porque estes reforçadores perderam seu valor como reforçadores (Costello, 1972), seja porque ela os considera incontroláveis (Seligman, 1975) o fato é que se observa uma acentuada diminuição na frequência de respostas do indivíduo. Isto ocasiona uma mais acentuada diminuição da probabilidade de reforçamento, gerando um círculo vicioso. A solução passa, então, por um incentivo à emissão de atividades reforçadoras, de forma gradual e de modo que seja possível se recuperar o nível anterior de reforçamento eficaz. A terapia cognitiva faz amplo uso de técnicas comportamentais com este fim, principalmente quando o nível de depressão é tão intenso de maneira a dificultar a utilização de técnicas mais especificamente cognitivas (ver Figura 4). Este repertório de procedimentos inclui (a) o planejamento de atividades; (b) a prescrição de tarefas graduadas e (c) avaliações de mestria e prazer.

Figura 4. Uso relativo das técnicas cognitivas e comportamentais.

O Planejamento (usualmente semanal) de Atividades Diárias consiste em desenvolver junto com o cliente um programa diário de atividades que aumente o seu nível de ação, a probabilidade de reforçamento e a possibilidade de refutação de suas crenças negativas. Avaliações de mestria (nível de competência com que uma atividade é realizada) e de prazer (quantidade de prazer obtido em sua realização) são imprescindíveis para a contestação das idéias de que não adianta fazer ou tentar nada pois tudo sairá errado ou malfeito e não haverá nenhum prazer. Dificilmente uma atividade, qualquer que seja, poderá ser mais desprazerosa do que ficar parado, ruminando coisas tristes e chorando. Assim, isto deve começar, juntamente com a análise que se fará na sessão terapêutica, a recuperar o nível normal de atividade e algum prazer na sua realização, o que servirá como incentivo para a sua manutenção e crescimento (ver Figura 2).

A prescrição de tarefas graduadas pretende ajudar ao paciente a recuperar seu nível normal de atividade, levando em conta sua presente dificuldade. Isto implica começar por baixo para garantir sucesso na realização, senão a crença será confirmada. As principais características da técnica incluem (a) a definição de um problema; (b) a formulação de um projeto; (c) a observação do desempenho; (d) a discussão dos resultados, com atenção especial para desmerecimento e ceticismo, reforço pelo alcance dos objetivos e por avaliações mais realistas e (e) o planejamento de novas tarefas mais complexas.

Além disso, as técnicas comportamentais podem também envolver o uso de ensaios cognitivos (imaginação de cada etapa sucessiva da execução total de uma tarefa para que o paciente preste atenção nos detalhes essenciais e aprenda a neutralizar a apatia e a dispersão) e o uso de treinos de assertividade (Lewinsohn, 1975) para ajudá-lo a expressar emoções de forma apropriada e contribuir para o fortalecimento de sua auto-estima.

Técnicas cognitivas:

Destinam-se a identificar, a testar na realidade e a corrigir conceitos distorcidos e crenças, de modo a permitir que o paciente possa lidar consigo mesmo e com o mundo de uma forma mais objetiva. O primeiro método consiste em utilizar a própria disforia do paciente como um demarcador ou indício para detectar a presença de pensamentos automáticos. Podem ser utilizados também métodos de amostragem de períodos do dia ou de identificação de “períodos críticos” em que eles mais provavelmente ocorrem. Assim, se o paciente sentir-se triste ou desanimado poderá tomar seu sentimento como indicador da presença de pensamentos negativos e procurar

grau de
intensidade dos
sintomas

técnicas
comportamentais:

tempo

Psicoterapia comportamental e cognitiva

101

identificá-los; ou poderá observar seus pensamentos logo ao acordar, por exemplo, uma vez que este horário costuma ser mais difícil para deprimidos. É importantíssimo utilizar as oportunidades de expressão de pensamentos negativos durante a própria sessão já que, ali, estão ocorrendo “ao vivo” e “fervendo”, o que facilita sua identificação e análise. Isto também permite ao paciente uma ajuda para aprender a identificá-los fora da sessão, para posterior discussão ou para seu próprio combate, uma vez que já tenha aprendido a fazê-lo.

O segundo momento envolve a análise dos pensamentos automáticos para verificar se não há evidências de distorções como as listadas no Quadro 3. Se houver, descobrir qual o tipo e procurar questioná-las para obter interpretações mais realistas. As duas perguntas básicas, em torno das quais muitas variações são possíveis, são: “qual é a evidência que existe para o seu pensamento?” e “há outras maneiras de se ver a situação?”. As respostas ao questionamento socrático sobre essas perguntas irão provocar reestruturações nas cognições do paciente. Quando um paciente consegue reconhecer inconsistências em seu pensamento e vislumbrar outras interpretações ele começa a estar em condições de, sozinho e ativamente, reconceituar seus problemas e suas experiências. A visão de alternativas costuma levar a uma mudança no afeto do paciente, uma vez que sua situação deixa de ser vista como desesperada. Esta é, segundo Beck, a pedra angular no solucionamento efetivo de seus problemas.

O meio mais satisfatório e comumente empregado para produzir os dados necessários à mudança acima é o Registro Diário dos Pensamentos Disfuncionais (RDPD). Consiste na anotação de todos os pensamentos disfuncionais associados com seus estados de disforia para posterior análise ou para o próprio paciente tentar reestruturá-los (ver Figura 1).

O enfoque dos sintomas-alvo:

O quadro de depressão se caracteriza por uma série de sintomas que a terapia cognitiva entende que, no plano psicológico, sejam disparados pelos pensamentos disfuncionais. O efeito destes sintomas no indivíduo chega a ser dramático e, por isso, torna-se importante a sua superação para obter algum alívio para o paciente e até para a sua permanência e adesão ao tratamento. Precisam ser atacados, objetivamente, por meio de sua delimitação específica, de modo a poderem ser tratados. Envolve sintomas afetivos (tristeza, culpa, vergonha, raiva, ansiedade), sintomas motivacionais (desânimo, de-

pendência), sintomas cognitivos (indecisão, autocrítica, falta de concentração), sintomas comportamentais (passividade, evitação, inércia, déficits em habilidades sociais) e sintomas fisiológicos (insônia, perda de apetites). Para cada um é preciso desenvolver uma estratégia específica de ataque que, dadas as limitações de espaço não serão aqui examinadas (ver Beck e cois., 1979).

Modificação dos pressupostos depressogênicos:

À medida que a terapia progride e os sintomas abrandam, um novo foco se torna necessário: a identificação dos esquemas que predisõem o indivíduo à depressão. Trata-se de regras gerais ou fórmulas que cada indivíduo desenvolve para lidar com o mundo, organizar suas percepções, orientar seus objetivos, avaliar seus comportamentos etc. (esquemas). Em pacientes deprimidos, estas crenças apresentam-se muito distorcidas, o que favorece o desenvolvimento de seu quadro depressivo. Elas precisam ser modificadas porque senão continuarão como motrizes geradoras de pensamentos automáticos negativistas mediadores dos sintomas depressivos. A Figura 5 representa um exemplo de relação entre pressuposições e suas conseqüências.

Para identificar as pressuposições básicas de um paciente, Beck recomenda a utilização de um método indutivo: (a) reconhecimento e relato dos pensamentos automáticos; (b) identificação dos temas geralmente presentes e (c) formulação das regras gerais. Apenas quando estas regras forem modificadas é que se pode considerar que o paciente esteja em condições de alta.

3. Transtornos da personalidade

O esquema é o conceito-chave nos esforços de Beck, Freeman e seus colaboradores (1990) para dar conta dos transtornos de personalidade. Ao contrário dos transtornos do Eixo 1, em que apenas alguns esquemas serão ativados (como um esquema relacionado a perigo durante episódios de pânico), a premissa aqui é de que os esquemas típicos dos transtornos de personalidade operam numa base mais contínua. Apesar de que cada pessoa terá seus esquemas ónicos e idiossincráticos, Beck e Freeman identificam o conteúdo típico de certos esquemas característicos de cada transtorno (com exceção dos transtornos *borderline* e esquizotípico por serem mais complexos e variáveis) bem como seus autoconceitos, visões de outros e estratégias típicas superdesenvolvidas (ver Quadro 4).

Psicoterapia comportamental e cognitiva

Figura 5. Pressuposições depressogênicas.

103

Suposição primária

se eu for bom e dedicado todos gostarão de mim e não sofrerei nada de mal

Suposição secundária

Pensamentos automáticos

se algo de ruim acontece é culpa minha porque não sou suficientemente bom

decepionei todos com o meu fracasso profissional

minha esposa é infeliz por minha causa

a vida é injusta pois apesar de tentar ser bom o mal me ocorre

por mais que tente tudo sempre dá errado

viu: apesar de fiel fui traído!

Si,

Afeto

é por que não sou bom!

tristeza/depressão

é porque o que vale é a lei de Gerson!

raiva/depressão

Young (1990) também ressalta estes esquemas mais básicos, os quais chama de Esquemas Desadaptativos Precoces (EDP), definindo-os como “temas extremamente estáveis e duradouros (no que respeita a si mesmo e às relações com outros) que se desenvolvem durante a infância e que são elaborados durante a vida do indivíduo... (que) servem como referencial para o processamento de experiências posteriores” (p. 9). Segundo ele, são desadaptativos e parecem resultar de experiências inadequadas com agentes socializadores iniciais, gerando afeto interferente, padrões autoderrotistas, prejuízo a outros, tudo em intensidade muito alta. São tão centrais ao senso de *self* de cada um que são muito difíceis de mudar. O caráter inflexível destes esquemas é mantido por distorções cognitivas e comportamentos autoderrotistas, num processo circular, originando comportamentos e sendo mantidos por seus resultados. Em vez de identificar esquemas associados aos transtornos definidos no *DSM-III-R*, Young preferiu agrupá-los sob as categorias de autonomia, desconectividade, indesejabilidade e auto-expressão restrita (ver Quadro 5).

Alguns dos esquemas mais típicos e básicos de cada transtorno podem ser observados abaixo:

1. Anti-social: “O melhor negócio é levar vantagem em tudo.”
2. Dependente: “Eu sou fraco e carente.”
3. Esquizóide: “Eu preciso de espaço: relacionamentos são sufocantes.”
4. Evitativo: “Eu não sou amável e desejável.”

Histriônico: “Eu devo ser o centro das atenções e impressionar todos.”

Narcisista: “Eu sou tão especial e superior que mereço tratamentos especiais e privilégios.” Obsessivo-compulsivo:

“Ordem e detalhes são essenciais; defeitos e erros são intoleráveis.” Paranoide: “**É** preciso estar em guarda o tempo

todo.”

Passivo-agressivo: “Não quero conselhos; sei errar sozinho.”

Há situações típicas que denunciam a ocorrência de transtornos de personalidade: (1) a cronicidade do problema, pelo que o paciente mostra ou por relatos de outros; (2) a terapia parece estar “patinando”, isto é, não evoluindo depois de um início positivo; (3) sinais de resistência ao processo terapêutico; (4) o paciente não tem consciência do efeito de seu comportamento nos outros; (5) falta de motivação para o tratamento; (6) o paciente vê seus problemas como centrais; (7) a terapia é uma série de “incêndios” que precisam ser apagados a toda hora; (8) grande quantidade de outras tentativas de terapia.

Diferentemente do tratamento dos transtornos do Eixo 1, como alguns dos examinados neste capítulo, em que, primeiro, são identificados os pensamentos automáticos para que possam ser então questionados e refutados, e só depois serem atacados os esquemas disfuncionais inferidos a partir dos pensamentos automáticos, o tratamento dos transtornos de personalidade são dirigidos desde o início para os esquemas disfuncionais. A

5.

6.

7.

8.

9.

104

Bernard Rangé (Org.)

Quadro 5. Esquemas desadaptativos precoces (Young, 1987).

AUTONOMIA

VALOR

1. *Dependência*. A crença de ser incapaz de funcionar por si próprio e de necessitar do apoio constante de outros.
 2. *Subjugação*. A idéia de que se deva sacrificar voluntária ou involuntariamente suas próprias necessidades para satisfazer as de outros, acompanhada de uma incapacidade em reconhecer as próprias necessidades.
 3. *Vulnerabilidade aferidas e doenças*. O medo de que o desastre (natural, criminal, médico, financeiro) está para acontecer a qualquer momento.
 4. *Medo de perder o autocontrole*. O medo de perder involuntariamente o controle sobre os próprios comportamentos, impulsos, emoções, mente, corpo etc.
- LIGAÇÃO
5. *Privação emocional*. A expectativa de que as próprias necessidades de colo, empatia, afeição e cuidado nunca serão adquadamente atendidas por outros.
 6. *Perda/abandono*. O medo de perder iminentemente outros significantes e então ficar emocionalmente isolado para sempre.
 7. *Desconfiança*. A expectativa de que outros vão propositalmente ferir, abusar, mentir, enganar, manipular ou tirar vantagem.
 8. *Isolamento social/alienação*. O sentimento de estar isolado do resto do mundo, ser diferente das outras pessoas e não-pertencente a qualquer grupo ou comunidade.

9. *Deforniação/inaniabilidade*. O sentimento de ser *internamente* defeituoso ou imperfeito ou de ser fundamentalmente não-amável para outros significantes.
10. *Indesejabilidade social*. A crença de ser *externamente* indesejável para outros (p. ex.: feio, sexualmente indesejável, sem *status*, sem habilidades de conversação, chato).
11. *Incompetência/fracasso*. A crença de não conseguir se desempenhar competentemente em áreas de realização (escola, profissão, amor), em responsabilidades diárias suas ou para outros, ou em tomada de decisões.
12. *Culpa/punição*. A crença de ser moral ou eticamente mau, irresponsável e merecedor de críticas duras e punições.
13. *Vergonha/embaraço*. Sentimentos recorrentes de vergonha por crer que suas inadequações (como reveladas nos esquema 9, 10, II, 12) são totalmente inaceitáveis para os outros quando são expostas a alguém.

PADRÕES E LIMITES

14. *Padrões elevados*. O impulso inabrandável para alcançar níveis extremamente elevados de expectativas sobre si às expensas de felicidade, prazer, saúde, senso de realização ou relações satisfatórias.
15. *Falta de limites*. A insistência de poder fazer, dizer ou ter o que se queira imediatamente. Desapreço pelo que outros consideram razoável; pelo que é realizável; pelo tempo ou paciência requeridos; pelo custo para outros, ou dificuldades com autodisciplina.

importância da boa qualidade da relação terapêutica é maior ainda e o terapeuta deve tentar se tornar familiarizado com vida do paciente como um todo, apresentando-se próximo e caloroso, e assumindo um papel de conselheiro, sugerindo ao paciente comportamentos interpessoais preferíveis e debatendo sobre outros assuntos da vida. São tratamentos de longo prazo e difíceis, em que ocorrem resistências e problemas especiais, pois os problemas destes pacientes decorrem do seu jeito de ser, de suas estratégias básicas de ação na vida, que eles tomam como adequadas, já que são *eles* mesmos. Entendem que o seu jeito é o *certo* e o preferível. A busca de lembranças infantis é importante, já que é nesse período que começaram a se estruturar seus esquemas. Dadas as características destes pacientes, eles tendem a despertar

sentimentos variados no terapeuta (frustração, raiva, desafio, competição, proteção, atração etc.) que podem interferir negativamente na terapia. Portanto, os terapeutas precisam monitorar mais ainda seus próprios sentimentos e usá-los terapeuticamente.

Pretzer e Fleming (1989) e Beck e Freeman e colaboradores (1990) sugerem algumas diretrizes para a condução do tratamento destes pacientes, ainda requerendo verificação empírica:

1. As intervenções são mais efetivas quando baseadas em formulações de caso individuais;
2. É importante que terapeutas e clientes trabalhem colaborativamente para alcançar metas claramente identificadas e significativas;

10)

3. É importante focalizar a atenção na relação terapêutica mais do que usualmente;
 4. É recomendável não induzir excessivamente auto-revelações dos pacientes;
 5. As intervenções que aumentem o senso de auto-eficácia tendem a reduzir a intensidade dos sintomas e facilitam outras intervenções;
 6. Não é recomendado usar basicamente intervenções verbais;
 7. O terapeuta deve procurar primeiro identificar e tratar os medos dos pacientes antes de tentar produzir as mudanças;
 8. O terapeuta deve prever problemas de adesão ao tratamento e de resistência;
 9. Não se deve assumir que o paciente funcione em um ambiente razoável e funcional;
 10. O terapeuta deve estar sempre atento a suas reações emocionais durante todo o curso do tratamento;
- II. O terapeuta deve ser realista quanto à duração da terapia, às suas metas e aos padrões de auto-avaliação.

Para Young (1990) o foco do tratamento é a mudança dos EDPs. Isto é feito pela identificação, rotulagem e contestação dos esquemas. Muita ênfase é dada à recordação de material infantil e à refabricação de cenas, em que o paciente pode então agir e sentir como quiser, usando isto então como guia para sua ação posterior. Há forte ênfase no papel educacional do terapeuta e na reestruturação dos comportamentos em relações interpessoais.

Conclusões

A TC deve ser utilizada apenas com pacientes cujos quadros já tenham tido comprovação de sucesso. Têm sido tratados problemas tão variados quanto: depressão maior (Beck e cols., 1979), transtornos da ansiedade (Beck *et al.*, 1985), casais com dificuldades conjugais (Padevsky e Dattilio, 1990), pessoas com transtornos da personalidade (Beck e Freeman, 1990), hipocondríacos (Warwick e Salkovskis, 1989), pessoas com distúrbios alimentares (Channon e Wardle, 1989; Fairburn e Cooper, 1989), problemas de abuso de álcool (Beck e cols., 1993), portadores de disfunções sexuais (Hawton e cols., 1989), pacientes suicidas (Beck e cols., 1979) etc, e ainda pacientes que não possam ou não queiram tomar medicamentos. Não há obstáculos para o uso

complementar de medicamentos apesar de que este uso tende a facilitar atribuições externas (aos medicamentos) em detrimento de atribuições internas (à aquisição de recursos pessoais), o que tende a vulnerabilizar os pacientes a recidivas. Uma relação terapêutica distingue-se de outras relações interpessoais. O estabelecimento de uma boa relação terapêutica e de trabalho é fundamental para o sucesso de qualquer intervenção terapêutica, inclusive, como se viu, na TC. Uma exagerada submissão ao método, uma inconstância no seu uso, uma excessiva cautela, prejudicam a relação terapêutica e a evolução satisfatória da terapia. Igualmente, qualquer aspecto de didatismo exagerado ou persuasão serão contraproducentes. Depressidos e ansiosos tendem a estabelecer relações dependentes, o que descaracteriza o processo e a estrutura da TC. Uma superficialidade no exame dos significados de uma experiência precisa ser substituída por uma ênfase contínua em auto-exploração. A TC maximiza seus resultados quanto mais os problemas são trabalhados enquanto estão “fervendo”, isto é, quando ocorrem na própria sessão; donde a necessidade de recriá-los ou até mesmo provocá-los nas sessões. Como já se viu, cuidados devem ser tomados com *insights* intelectuais apenas e com resistências a fazer as tarefas de casa. O êxito da TC, em grande parte, se deve à utilização de técnicas comportamentais, uma vez que a psicoterapia comportamental elaborou um conjunto formidável de conhecimentos sobre princípios que regulam a ação dos indivíduos já adequadamente transformados em técnicas altamente eficazes de mudança comportamental (Lettner e Rangé, 1988).

A TC tem se mostrado efetiva no tratamento de inúmeros problemas. Estabeleceu-se como uma das correntes psicoterapêuticas dominantes no mundo moderno principalmente a partir dos trabalhos de Beck com depressão e ansiedade (Beck e cols., 1979, 1985). Trata-se de um procedimento breve, efetivo dentro de seus limites, objetivo, sistemático, de aprendizado relativamente simples, verificável e que, por tudo isso, pode ser de grande utilidade no tratamento deste mal tão freqüente e numa realidade como a brasileira em que os custos de um atendimento psicoterápico de longa duração os tornam inviáveis para a maioria da população e para as características de nosso sistema nacional de saúde. Muitos problemas ainda restam a ser examinados como a utilização com certas populações (de baixa renda, com nível educacional inferior, com características culturais diferentes daquelas para a qual foi desenvolvida etc.). São desafios que, dadas as características brasileiras, os tornam extremamente atraentes em nossa realidade, tanto

106

Referências

- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. Nova Torque: Holt.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 84: 19-215.
- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders*. Nova lorque: Guilford
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., Emery, O. (1979). Cognitive therapy of depression. Nova lorque: Guilford. (Tradução brasileira de Vera Ribeiro: *Terapia cognitiva da depressão*, Rio de Janeiro, Zahar, 1982).
- Beck, A. T. (1977). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nova lorque: Meridian.
- Beck, A. T., Emery, G., Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*. Nova lorque: Basic Books.
- Beck, A. T., Freeman, A. e colaboradores (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. Nova lorque, Guilford. (Tradução brasileira de Alceu Edir Fillmann: *Terapia cognitiva dos transtornos da personalidade*. Porto Alegre: Artes Médicas-Sul, 1993).
- Beck e cols., (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. Nova lorque: Guilford.
- Channon, S., Wardle, J. (1989). Eating disorders. In: J. Scott, J. M. G. Williams e A. T. Beck: *Cognitive therapy in clinical practice: an illustrative casebook*. Londres e Nova lorque: Routledge. (Tradução brasileira: *Terapia cognitiva na prática clínica*, Porto Alegre: Artes Médicas-Sul, 1994).
- Clark, D. M. (1986). A cognitive model of panic. *Behav. Res. Ther.*, 1986.
- Costello, C. (1972). Depression: loss of reinforcer or loss of reinforcer effectiveness. *Behavior Therapy*, 3.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Nova lorque: Lyle Stuart.
- Fairburn, C., Cooper, P. (1989). Eating disorders. In: K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk, D. M. Clark: *Cognitive behavior therapy for psychiatric problems: a practical guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28: 857-870.
- Freeman, A., Davis, D. (1990). Cognitive therapy of depression. In: A. Bellack, M. Hersen, A. Kazdin (Eds.) *Handbook of behavior modification and therapy* (2 ed.). Nova lorque: Plenum.
- Garssen, B., Van Veenendaal, W., Bloemink, R. (1984). Agoraphobia and the hyperventilation syndrome. *Behavior Research and Therapy*, 21: 643-649.
- Gittelman, R. (1983). The relationship between childhood separation anxiety disorder and adult agoraphobia. Trabalho apresentado na conferência do New York State Psychiatric Institute de setembro de 1983, citado em Beck e cols., 1985.
- Golstein, A. e Chambless, D. (1978).
- Guidano, V. F., Liotti, O. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. Nova lorque: Guilford.
- Hawton, K. (1989). Sexual dysfunctions. In: K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk, D. M. Clark (Eds.) *Cognitive behavior therapy for psychiatric problems: a practical guide*. Oxford University Press.
- Hawton, K., Salkovskis, P. M., Kirk, J., Clark, D. M. (1989). *Cognitive behavior therapy for psychiatric problems: a practical guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.
- Kramer, M., Robins, L. M., George, L. K., Kerns, M., Locke, B. Z. (1984). One month prevalence of mental disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 45: 977-986.
- Lang, P. (1968). Three systems models application of psychophysiological methods to the study of psychotherapy and behavior modification. In: A. E. Bergin, S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Nova lorque: Wiley.
- Lettner, L. W., Rangé, B. P. (1988). *Manual de psicoterapia comportamental*. São Paulo: Manole.
- Lewinsohn, P. M. (1975). The behavioral treatment of depression. In: M. Hersen, R. M. Eisler e P. M. Miller (eds.): *Progress in behavior modification*. vol. 1. Nova lorque: Academic Press.
- Mahoney, M. (1973). *Cognitive behavior modification*. Cambridge, Mass.: Ballinger.
- Maser, J., Cloninger, A. (Eds.). *Comorbidity of mood and anxiety disorders*. Washington, DC.: American Psychiatric Press.
- Michelson, L., Ascher, L. M. (1987). *Anxiety and stress disorders*. Nova lorque: Guilford.
- Moorey, S. (1989). Drug abusers. In: J. Scott, J. M. G. Williams, A. T. Beck (Eds.), *Cognitive therapy in clinical practice: an illustrative casebook*. Londres e Nova lorque: Routledge. (Tradução brasileira: *Terapia cognitiva na prática clínica*, Porto Alegre: Artes Médicas-Sul, 1994).
- Padevsky, C. e Dattilio, F. (1990). *Couples cognitive therapy*. Sarasota, FLA: Professional Resource Exchange. (Tradução brasileira: *Terapia cognitiva de casais*, Porto Alegre: Artes Médicas-Sul, 1995).
- Rangé, B. P. (1991). Relações funcionais entre obsessões e compulsões: uma caracterização conceitual. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 40 (8): 403-408.
- Rangé, B. P. (1988). Agorafobia. In: H. W. Lettner e B. P. Rangé (Orgs.), *Manual de psicoterapia comportamental*. São Paulo, Manole.
- Regier, D. A., Boyd, J. H., Burke, J. D., Rae, D. S., Myers, J. K., Kramer, M., Robins, L. M., George, L. K., Karno, M., Locke B. Z. (1984). One month prevalence of mental disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 45: 977-986.

para a pesquisa quanto para a prática, já que as nossas necessidades e a possibilidade de um atendimento de curto prazo efetivo são exigências prementes do sistema de saúde brasileiro.

1 'sicoterapia comportamental e cognitiva 107

- Seligman, M. P. (1975). *Helplessness*. San Francisco: W. Young, J. (1990). *Cognitive therapy for personality disorder 1-1* Freeman. (Tradução brasileira: *Desamparo*. São Paulo: Desamparo: *a schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.
- Williams, J. M. G., Wells, J. (1989). Suicidal patients. In: J. Scott, J. M. G. Williams, A. T. Beck (Eds.) *Cognitive*

therapy in clinical practice: an illustrative casebook.

Londres e Nova buque: Routledge. (Tradução brasileira:

Terapia cognitiva na prática clínica, Porto Alegre: Artes Médicas-Sul, 1994).

Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Bernard Rangé
Stanford: Stanford University Press. Instituto de Psicologia, UFRJ