



PUC

DANIELLE GOLDRAJCH

**A QUESTÃO DO ERRO COGNITIVO ATRAVÉS DA ANÁLISE DE TRÊS
ABORDAGENS EM TERRAPIA COGNITIVA**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Rio , 03 de setembro de 1996

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO

RUA MARQUÊS DE SÃO VICENTE, 225 - CEP 22453-900

RIO DE JANEIRO - BRASIL

150 G621q TESE UC

A questão do erro cognitivo através da análise de tres abor

0099912

N.Cham. 150 G621q TESE UC

Título A questão do erro cognitivo através da análise de tres abor



Ex.1 PUCB

0099912

DANIELLE GOLDRAJCH

A QUESTÃO DO ERRO COGNITIVO ATRAVÉS DA ANÁLISE DE TRÊS
ABORDAGENS EM TERAPIA COGNITIVA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Departamento de Psicologia

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro, agosto de 1996

DANIELLE GOLDRAJCH

A QUESTÃO DO ERRO COGNITIVO ATRAVÉS DA ANÁLISE DE TRÊS
ABORDAGENS EM TERAPIA COGNITIVA

Dissertação apresentada ao Departamento
de Psicologia da PUC-RJ como parte dos
requisitos para obtenção do título de Mestre
em Psicologia Clínica.

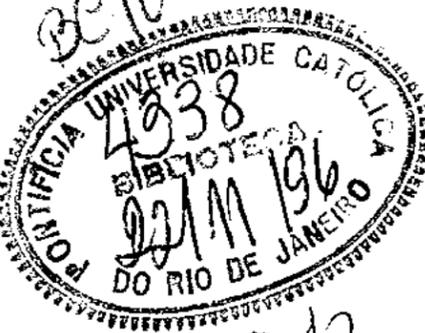
Orientadora: Maria Helena Novaes Mira

Departamento de Psicologia

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro, agosto de 1996

Beld
4338
BIBLIOTECA
21/11/1960
99912

A circular stamp from the Pontificia Universidade Católica do Rio de Janeiro. The text inside the stamp reads "PONTIFICIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO" around the perimeter. In the center, there is a handwritten number "4338", the word "BIBLIOTECA", and a date "21/11/1960".

150
9.6219
FESE C/O

A minha família e meus amigos queridos

Meus agradecimentos

- A Maria Helena Novaes Mira, orientadora da dissertação, pelo apoio e incentivo.
- Aos professores Carolina Lampreia, Bernard Rangé, Vera Lemgruber, Helene Shinohara, Danilo Marcondes, Ana Maria Stingel, Anchyses Lopes Jobim, Robert Neimeyer, e Ricardo Franklin Ferreira que auxiliaram, de diferentes formas, na realização deste trabalho.
- Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pela ajuda financeira recebida durante o curso.

RESUMO

A noção de "erros cognitivos" aparece, nas terapias cognitivas, sob diferentes nomenclaturas, como "crenças irracionais" e "distorções cognitivas". Este trabalho busca investigar, através da análise de três abordagens cognitivas (terapia racional-emotiva, terapia cognitiva e construtivismo), as concepções de conhecimento, realidade e verdade subjacentes à noção de "erro cognitivo". Este eixo comparativo inicial foi expandido, englobando, além das concepções epistemológicas, as três formulações acerca dos processos emocionais, da relação terapêutica e dos objetivos do tratamento. Procurou-se assinalar as convergências e divergências entre as abordagens, clarificando os conceitos e apontando suas implicações na prática clínica. Conclui-se que as mudanças epistemológicas e técnicas, trazidas pelos construtivistas, alteram aspectos importantes da intervenção terapêutica, destacando-se os processos interpessoais.

ABSTRACT

The notion of "cognitive errors" appears, in cognitive therapies, under different names, such as "irrational beliefs" or "cognitive distortions". The present work investigates the concept of knowledge, reality and truth subjacent to the concept of "cognitive error", through the analysis and comparison of three cognitive approaches (rational-emotive therapy, cognitive therapy and constructivism). This initial comparative axis was extended, enclosing the three formulations of the emotional processes, the therapeutic relation and the objectives of the treatment, in addition to the epistemological conceptions. The convergences and divergences between the approaches were shown, the concepts were clarified and the implications to the clinical practice were pointed out. It was concluded that the epistemological and technical changes, brought by the constructivists, modify important aspects of the therapeutic intervention, emphasizing the interpersonal processes.

PALAVRAS-CHAVE

- 1- Terapia racional-emotiva
- 2- Terapia cognitiva
- 3- Terapia construtivista
- 4- Erros cognitivos

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	1
1- A TERAPIA RACIONAL EMOTIVA.....	4
1.1 - A teoria A-B-C da personalidade.....	8
1.1.1 - A mediação cognitiva dos distúrbios emocionais.....	17
1.1.2 - Técnicas da T-R-E.....	20
1.2 - As crenças irracionais.....	30
1.3 - A disputa racional.....	51
2- A TERAPIA COGNITIVA DE AARON BECK.....	56
2.1 - A estrutura cognitiva.....	57
2.1.1 - Esquemas.....	58
2.1.2 - Pensamentos automáticos.....	60
2.1.3 - Distorções cognitivas.....	61
2.1.4 - Reestruturação cognitiva.....	63
2.2 - As técnicas comportamentais.....	67
2.3 - A emoção na terapia cognitiva.....	71
2.3.1 - A noção de domínio pessoal.....	71
2.3.2 - A emoção no processo terapêutico.....	74
2.4 - Tratamento das desordens emocionais.....	76
2.4.1 - Depressão.....	77
2.4.2 - Fobias.....	83
2.4.3 - Distúrbio obsessivo-compulsivo.....	90
2.4.4 - Transtornos Alimentares.....	96

3. A ABORDAGEM CONSTRUTIVISTA.....	103
3.1 - A formação dos esquemas cognitivo-emocionais.....	105
3.2 - Disfunção cognitiva.....	109
3.3 - Terapias construtivistas e a visão pós-moderna.....	112
3.4 - A emoção no processo terapêutico.....	117
3.5 - O modelo estrutural de Guidano e Liotti: o construtivismo na prática clínica.....	123
3.5.1 - A organização cognitiva depressiva.....	124
3.5.2 - A organização cognitiva agorafóbica.....	130
3.5.3 - A organização cognitiva das desordens alimentares.....	134
3.5.4 - A organização cognitiva obsessiva-compulsiva.....	140
4 - ANÁLISE COMPARATIVA.....	145
4.1 - As concepções epistemológicas.....	146
4.2 - A emoção e a relação terapêutica.....	167
4.3 - Os objetivos do tratamento.....	172
4.4 - Convergências, divergências e implicações na prática clínica.....	176
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	195
BIBLIOGRAFIA.....	198

INTRODUÇÃO

As terapias cognitivas representam uma corrente da prática clínica que vem se desenvolvendo desde o final dos anos 50, principalmente nos EUA. Atualmente, a prática e pesquisa em terapia cognitiva não se restringem a este país, tendo trabalhos significativos em várias partes do mundo, como Inglaterra, Itália e Espanha, dentre outros. No Brasil, esta linha vem sendo divulgada a partir do final dos anos 70, tendo como marco importante, a tradução para o português do livro "Terapia Cognitiva da Depressão", de Aaron Beck, em 1982. A recente publicação de dois volumes da coletânea "Psicoterapia Comportamental e Cognitiva", em 1995, organizada por Bernard Rangé, com a colaboração de diversos autores nacionais, representa um passo importante nos avanços e conquistas dessa prática clínica.

Tal corrente representa uma nova forma de trabalhar em psicoterapia, oferecendo uma alternativa às três concepções anteriormente difundidas: a da psicanálise, da psiquiatria biológica e do behaviorismo radical. O modelo cognitivo propõe que existe uma mediação cognitiva entre os fatores ambientais e as reações emocionais e comportamentais.

Os estudos cognitivos não formam um conjunto de conhecimentos linear ou único. O movimento denominado revolução cognitiva é um conjunto de pesquisas que abordam o papel mediacional da cognição, no entanto, várias são as linguagens desenvolvidas para tratar estas questões, assim como os objetivos almejados pelas pesquisas. Segundo Eysenck e Keane, é possível identificar pelo menos três ramos principais da psicologia cognitiva: (1) os psicólogos cognitivos experimentais, que estão envolvidos principalmente com a pesquisa empírica de sujeitos normais; (2) os cientistas cognitivos, que lidam com as teorias da informação e os processos

cognitivos humanos; e (3) os neuropsicólogos cognitivos, que investigam os déficits cognitivos, comparando os pacientes com lesão cerebral aos normais. (Eysenck e Keane, 1994). As terapias cognitivas podem ser consideradas como um quarto ramo, diferenciadas pela linguagem, pelo seu objeto de estudo - o tratamento dos transtornos psicológicos - e pelas técnicas desenvolvidas.

Os trabalhos de Ellis e Beck são pioneiros em terapia cognitiva. Partindo de suas formulações iniciais, foram feitas diversas pesquisas e as técnicas cognitivas, atualmente, se aplicam aos mais diferentes tipos de terapia, como com casais (Epstein e Baucom, 1989), no tratamento do abuso de substâncias psicoativas (Marlatt e Gordon, 1993), transtornos de personalidade (Beck e Freeman, 1993) e terapia infantil (Braswell e Kendall, 1988). Além da ampliação de sua aplicação, uma nova concepção acerca do próprio modelo cognitivo está sendo desenvolvida. Esta abordagem é a visão construtivista, apresentada nos trabalhos de Guidano (1988), Guidano e Liotti (1983), Mahoney (1991), entre outros.

Meu objetivo inicial foi de investigar o desenvolvimento da noção de "erros cognitivos" no contexto das terapias cognitivas. Albert Ellis utiliza a noção de "crenças irracionais" que devem ser corrigidas, enquanto Aaron Beck, utiliza a noção de "distorções cognitivas" que devem ser reestruturadas. Estas formulações de "erros cognitivos" que devem ser "corrigidos" ao longo do processo terapêutico foram alvo de diversas críticas (Guidano, 1987; Mahoney, 1991; Coyne, 1989). As críticas dizem respeito aos critérios utilizados para apontar quando uma determinada interpretação da realidade pode ser considerada distorcida e como deve corrigida. Em outras palavras, na noção de erros cognitivos, o que é exatamente que está "errado"? Qual seria, então, o conhecimento "correto" da realidade? A interpretação do terapeuta é mais "correta" do que a do paciente? Através destes questionamentos percebemos que

a noção de erros cognitivos está apoiada em critérios que apontam para uma determinada concepção de conhecimento, realidade e verdade. É necessário clarificar estes critérios.

Para atingir o objetivo inicial de acompanhar o desenvolvimento e as transformações da noção de erros cognitivos, busquei realizar uma análise dos três modelos: a Terapia Racional-Emotiva, a Terapia Cognitiva e o Construtivismo. Esta análise foi necessária para que a noção de erro cognitivo fosse clarificada dentro de cada vertente. Ao final do trabalho, procurei analisar as semelhanças e diferenças entre os modelos, clarificando os conceitos e apontando as transformações na prática clínica.

O estudo foi estruturado em quatro capítulos: o primeiro, apresenta a Terapia Racional-Emotiva, de Albert Ellis; o segundo, a Terapia Cognitiva de Aaron Beck e o terceiro, o movimento construtivista. O quarto capítulo consiste na análise comparativa. Ao longo da pesquisa, o eixo de comparação inicial (a noção de erros cognitivos) foi expandido e foram desenvolvidos novos eixos de comparação. São eles: as concepções epistemológicas subjacentes aos três modelos, suas concepções sobre a emoção e relação terapêutica e, por último, os objetivos dos tratamentos. Ao final do trabalho espero poder trazer contribuições sobre o movimento construtivista, discutindo quais caminhos este modelo oferece para a questão da noção de erros cognitivos, além das implicações destas transformações conceituais na prática clínica.

1 - A TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA DE ALBERT ELLIS¹

A terapia racional-emotiva (T-R-E) é considerada uma das primeiras abordagens cognitivas. Albert Ellis, seu fundador, distanciou-se de sua formação psicanalítica original, desenvolvendo uma técnica de tratamento ativa e diretiva, que buscasse lidar com os impasses que encontrava em sua experiência clínica. Impasses estes que eram a longa duração dos tratamentos psicanalíticos, resistência ao método da livre-associação e afirmações do tipo: "Eu sei o que me incomoda, eu entendo, mas ainda me sinto incomodado, o que eu posso fazer?" (Dobson e Block, 1988)

Ellis desenvolveu, através de ensaios e erros em seu trabalho clínico, uma abordagem prática para lidar com as dificuldades com que os pacientes se deparam ao longo da vida, partindo da hipótese de que a modificação dos "erros" ou "crenças irracionais" em nosso pensamento e nossa linguagem, irá produzir efeitos marcantes em nossas emoções e ações. Ellis aponta influências das idéias de Kant, acerca os limites e poderes da cognição humana, mediando a percepção da realidade, em sua formulação (Dryden e Ellis, 1988).

Kant afirma, na *Crítica da Razão Pura* (1974 [1787]), que o conhecimento não é um processo passivo através do impacto dos dados provenientes das sensações, que é a visão do empirismo. Tampouco o conhecimento é proveniente de idéias inatas, tal como vê o racionalismo. No modelo kantiano, há tanto um componente a priori, as estruturas inatas, que são alguns tipos de juízos sintéticos, (que foram apresentados em uma tábua dos doze juízos sintéticos a priori) e um componente proveniente da experiência, a posteriori, que são as sensações.

¹Em 1993, Ellis alterou o nome da abordagem para terapia racional-emotiva-comportamental, devido ao forte caráter comportamentalista desta intervenção terapêutica (Campos, 1995). Preservarei, no entanto, a nomenclatura original, encontrada na grande maioria da referência bibliográfica adotada neste trabalho.

Kant diz que o pensamento possui forma e conteúdo, sendo a forma *a priori* e o conteúdo, proveniente das sensações, *a posteriori*. Esta estrutura formal a priori permite que os dados sensoriais sejam filtrados de determinada maneira. Sendo assim, Kant fala da *realidade dos númenos* e da *realidade dos fenômenos*. A *realidade dos númenos* é a realidade das "coisas em si". Esta seria impossível de ser conhecida pelo homem, já que o conhecimento só é possível através de uma estrutura cognitiva mediadora. A *realidade dos fenômenos* é aquela decorrente da organização dos dados sensoriais através de estruturas cognitivas existentes a priori nos seres humanos. Esta realidade dos fenômenos seria a única possível de ser conhecida pelo ser humano e esta estrutura cognitiva é formada pelos tipos de juízos a priori que filtrariam a realidade segundo essas categorias. Kant iguala o pensar ao julgar e inaugura a formulação do conhecimento mediado por estruturas cognitivas.

Diante da multiplicidade dos estímulos, oferecida aos sentidos, o homem só poderia conhecer a realidade na medida em que desse uma forma a esta multiplicidade. Dessa forma, a realidade dos fenômenos, organizada pela estrutura cognitiva humana, é a única possibilidade de conhecimento humano.

A teoria básica da terapia racional-emotiva é sintetizada em um modelo chamado ABC. A letra "A" corresponde ao *evento antecedente* (em inglês: *activating event*), "B" significa as *crenças, cognições ou idéias (beliefs)* e "C", as *consequências emocionais e comportamentais* aos eventos antecedentes e às crenças mediadoras (*consequences*).

Segundo Ellis, a alteração das consequências emocionais e comportamentais é decorrente da alteração das crenças e cognições e não dos eventos antecedentes em si.

O distúrbio psicológico ocorre devido a tendência dos seres humanos a fazerem avaliações dogmáticas e absolutistas ao perceberem os eventos de suas vidas. Estas avaliações estão recheadas de "eu tenho que", "eu devo" ("must", "should"). Estas avaliações dogmáticas impedem as pessoas de continuar a lutar por seus objetivos e podem gerar distúrbios psicológicos. (Dryden e Ellis, 1988)

Por um lado, a pessoa que consegue realizar os seus "eu devo", "eu tenho que", se sente bem, por outro, na medida em que a pessoa se avalia rigidamente, ela não se permite falhar em algum objetivo, reavaliá-lo ou mesmo ser desviada dele por outros acontecimentos vitais. Sendo assim, é provável que se depare com dificuldades emocionais, no futuro. Desta forma, é um tipo de raciocínio que, se não gera perturbações no presente, poderá gerar no futuro, já que é improvável que as pessoas não passem por frustrações em alguns de seus objetivos, e mesmo que ainda não tenham passado, o temor de que isto venha a acontecer está sempre presente. Para estas pessoas a não realização de um objetivo não é considerada apenas um acontecimento infeliz, mas algo *catastrófico* (Dryden e Ellis, 1988).

A terapia racional-emotiva diferencia as "obrigações auto-impostas" dos "desejos e preferências". Para Ellis o ser humano possui uma variedade de desejos, vontades e preferências, mas, na medida em que transforma estes desejos em dogmas grandiosos e necessidades absolutas, está preparando o terreno para os distúrbios psicológicos. O pensamento racional é direcionado para os desejos, flexível e tolerante. Em contrapartida, o pensamento irracional, direcionado pelos "deverias" é rígido, intolerante e absolutista.

Ellis afirma que pensamentos racionais e irracionais podem conviver e há sempre uma tendência, que pode ser exacerbada pela cultura, a elevar o status dos

desejos e preferências para deveres e obrigações. Devido a esta tendência, é necessário uma atuação persuasiva, isto é, as intervenções buscam, de forma veemente, dissuadir o paciente de suas crenças irracionais.

O caráter persuasivo das intervenções na terapia racional-emotiva é justificado pelo fato de que, para Ellis, não é suficiente perceber os "pensamentos e comportamentos irracionais", isto ajuda apenas parcialmente, já que esta tendência a transformar desejos em necessidades, é uma tendência inata e está sempre presente. Para Ellis, as pessoas sempre retornam aos seus "padrões irracionais". Sendo assim, é necessário um constante esforço para superá-los. Esforço que inclui a persuasão e intervenções enérgicas.

O surgimento da T-R-E está relacionado à vida pessoal de seu fundador. Em sua adolescência, Ellis teve diversos problemas físicos (nefritis aguda) e psicológicos (medo de falar em público e de encontrar-se com mulheres) que o fizeram empenhar-se em resolvê-los. Interessava-se pela filosofia da felicidade, lendo artigos e livros de psicologia e filosofia, especialmente os estóicos Epictetus e Marco Aurélio. Ellis buscava superar o que considerava "seus inúteis problemas emocionais", através de um enfoque filosófico e cognitivo ao lado de dessensibilização *in vivo* e algumas atividades comportamentais, relacionadas às suas dificuldades (Ellis, 1986).

Licenciou-se em Psicologia Clínica pela Universidade de Columbia, em 1943 e em seu doutorado em Filosofia, em 1947. Desde 1943 exerceu a terapia individual e de casais, onde tratava principalmente, de distúrbios sexuais (Ellis, 1986). Seu treinamento inicial deu-se no campo da terapia de casal, família e aconselhamento sexual (sex counseling). No entanto, em seu trabalho de aconselhamento, Ellis percebeu que um casal disfuncional era o produto de pessoas com dificuldades

emocionais e que "para as pessoas serem verdadeiramente ajudadas a viver com seus parceiros deveriam, em primeiro lugar, viverem pacificamente consigo mesmas" (Ellis, 1962, p.3).

Em 1947, Ellis iniciou a sua formação psicanalítica, começando sua análise pessoal e didática. Acreditava que a psicanálise era a prática psicoterapêutica apropriada para gerar uma transformação individual profunda, apesar de ter dúvidas acerca do seu método científico. Seu analista era do Instituto Karen Horney e, até 1953. Ellis praticou a psicanálise e a terapia de orientação psicanalítica. Desiludido com a teoria e eficácia da psicanálise, passou a se chamar psicoterapeuta (Ellis, 1986). Paralelamente, crescia o seu interesse pela filosofia, principalmente a filosofia da felicidade dos estóicos, podendo-se destacar a frase de Epictetus, que diz ser *a visão das coisas e não as coisas em si o que perturba o homem*, como uma síntese da visão de Ellis acerca da importância dos fatores filosóficos (cognitivos), mais do que os psicanalíticos e psicodinâmicos, na determinação do distúrbio. Também ressalta a importância do método científico lógico-empírico e do humanismo ético de Russel (1930, 1965), particularmente a idéia de que não há superhomens ou subhomens. (Dryden e Ellis, 1988).

1. 1 - A Teoria A-B-C da Personalidade

A teoria da personalidade, proposta por Ellis sustenta que dificilmente existe uma razão especial para o desenvolvimento da personalidade ou seus distúrbios. Se a pessoa adota determinada atitude uma ou mais vezes, ela o faz por diversas razões. Algumas delas possuem grande importância mas nenhuma tem uma importância absoluta ou suficiente para explicá-la completamente (Ellis, 1979). Sua teoria da

personalidade pretende ser "baseada em dados clínicos e sustentada por achados experimentais" (Ellis, 1979, p. 15).

A teoria A-B-C refere-se à personalidade e suas transformações. Diz que não é um evento antecedente (A) que ocasiona uma consequência (C) emocional ou comportamental. A contribuição dos eventos antecedentes (A) é inquestionável, mas as consequências (C) serão na maior parte determinadas pelo sistema de crenças (B = belief system) da pessoa, que confere um ou outro significado particular às experiências.

Em artigo na revista *The Counseling Psychologist*, de 1977, em um volume dedicado inteiramente à T-R-E, Ellis apresenta 32 hipóteses que orientam a sua prática clínica e apresentam sua teoria da emoção e da personalidade. É interessante comentar que estes 32 princípios da T-R-E são chamados de hipóteses, enfatizando o próprio tipo de pensamento científico com o qual Ellis busca munir os seus pacientes. Ou seja, o conhecimento da realidade é sempre hipotético e deve ser testado empiricamente.

As hipóteses nº 1, 2 e 3 situam o trabalho de Ellis dentro do paradigma do cognitivismo: a mediação cognitiva é determinante das emoções e das ações. A hipótese nº 1 enfatiza o papel dos significados pessoais na construção da experiência. Não são estímulos que geram respostas, mas interpretações dos estímulos, a partir de um sistema de crenças, que acarretam os comportamentos e as emoções.

Hipótese nº 1: Pensamentos criam emoções

O pensamento e a emoção humanos não constituem dois processos diferentes e desconectados, mas, freqüentemente, se dão de forma sobreposta. O pensamento é

uma operação mediacional entre os estímulos e as respostas. A cognição representa uma operação mediacional entre os estímulos e as respostas. O que chamamos emoções e comportamentos não são apenas reações das pessoas ao seu ambiente, mas também reações aos seus pensamentos, crenças e atitudes sobre este ambiente (Ellis, 1977, p.3).

Na hipótese nº 2, aponta como pode-se identificar as cognições de uma pessoa ao observar-se as afirmações que fazem para si mesmas. Nesta hipótese, é importante notar como Ellis introduz a sua busca de uma visão *objetiva* de realidade como meta terapêutica da T-R-E. Os termos utilizados são: uma visão precisa, empírica, racional e não-absolutística da realidade. Este é um ponto que merece ser frisado, pois será comparado adiante com a terapia cognitiva de Beck e os modelos construtivistas.

Hipótese nº 2: Processos semânticos e auto-afirmações

Invariavelmente as pessoas falam consigo mesmas (e com outros) e o tipo de coisas que falam a si mesmas, assim como a forma com que falam essas coisas, afetam significativamente suas emoções e comportamento e, às vezes, as conduzem a sentirem-se emocionalmente perturbadas. Uma psicoterapia eficaz conduz, parcialmente em ajudar as pessoas a falarem consigo mesmas de forma mais precisa, empírica, racional e não-absolutística (Ellis, 1977, p.4).

A hipótese nº 3, por sua vez, reforça a hipótese nº 1 (pensamentos criam emoções) e procura mostrar que *determinados* tipos de pensamento geram *determinados* tipos de emoção e de ação.

Hipótese nº 3: Estados de humor e cognições

O estado de humor em que se encontra uma pessoa depende, significativamente, do que ela acredita ou diz a si mesma. Quando elas falam consigo mesmas e acreditam

em idéias otimistas, esperançosas e felizes elas tendem a se sentir exultantes, alegres ou serenas; quando elas se dizem e acreditam em idéias pessimistas, cínicas ou descrentes e fazem previsões negativas sobre o seu futuro, elas tendem a se sentirem tristes, desanimadas, infelizes e deprimidas. Uma terapia eficaz freqüentemente inclui ajudar os clientes a adotar idéias otimistas e alegres substituindo sua inapropriada visão pessimista sobre o presente e o futuro (Ellis, 1977, p.4).

Na hipótese nº 4, Ellis mostra que não só os eventos externos passam por interpretações, mas também os próprios pensamentos e comportamentos são avaliados. Estas avaliações, por sua vez, podem aumentar ou diminuir o desconforto emocional. Na hipótese nº 4, Ellis aponta a capacidade da atividade cognitiva humana de pensar sobre o pensamento e refletir sobre a forma como está pensando sobre os próprios pensamentos. Esta capacidade de descentralizar-se e observar os seus próprios processos cognitivos é fundamental para o trabalho terapêutico de mudança cognitiva. É através da observação dos próprios processos e conteúdos de pensamento que é possível um auto-monitoramento da atividade cognitiva. Além de ressaltar esta capacidade humana, pré-requisito para modificações cognitivas, Ellis apontará adiante quais os tipos de processo cognitivo e conteúdos que busca-se modificar na T-R-E. Nesta hipótese também pode-se perceber que o trabalho cognitivo se dá em um nível consciente. O insight é alcançado através da identificação das avaliações que a pessoa está fazendo sobre os seus próprios pensamentos e comportamentos.

Hipótese nº 4: Consciência, insight, auto-monitoramento

Os seres humanos não tem apenas a habilidade de pensar (e generalizar) mas de pensar sobre o seu pensamento e também pensar sobre o pensamento acerca do seu pensamento. Além disso, freqüentemente observam e cogitam sobre seus comportamentos e, através destas observações e cognições, afetam significativamente ou transformam os mesmos. Quando se sentem emocionalmente perturbados (ansiosos, deprimidos ou hostis) tendem a perceber e cogitar sobre estes estados

emocionais. Podem, desta forma, sentirem-se mais perturbados (ansiosos acerca de sua ansiedade ou deprimidos pelos seus sentimentos depressivos), acentuando seus distúrbios emocionais; por outro lado, podem, através destas cognições tornarem-se menos perturbados emocionalmente. A consciência, o insight, a compreensão e o auto-monitoramento dos pensamentos envolvem processos cognitivos que afetam significativamente o comportamento e as suas mudanças. Os psicoterapeutas tem, como uma das funções principais, ajudar seus clientes a aprimorar sua consciência do que fazem precisamente para perturbarem a si mesmos e utilizar esta consciência para transformar seu comportamento disfuncional (Ellis, 1977, p.4-5).

A questão das representações verbais (proposicionais) e visuais (pictóricas) é abordada na hipótese nº 5. Esta hipótese é condizente com as pesquisas cognitivas acerca dos tipos de processamento de informação do ser humano (Eysenck e Keane, 1994). No segundo capítulo poderemos ver que a teoria da Beck também ressalta a importância destas duas modalidades de representação mental e aponta diferentes técnicas de reestruturação cognitiva para cada uma delas.

Hipótese nº 5: Imaginação e fantasia

As pessoas pensam sobre os acontecimentos não apenas em uma forma verbal através de palavras e frases, mas também de uma forma não verbal, incluindo imagens, fantasias, sonhos e outros tipos de representações pictóricas. Estas imagens contém o mesmo tipo de mensagem mediadora cognitiva que as formas verbais e são cognições que contribuem significativamente para as emoções e os comportamentos, contribuindo também para os distúrbios emocionais, assim como nas transformação emocionais e comportamentais e na alteração dos distúrbios (p.5).

Apesar da teoria de Ellis frisar a primazia da cognição sobre o aspecto emocional e comportamental, já que, segundo este autor, são as crenças [B=beliefs] que determinam as consequências [C=consequences], Ellis não reduz a intervenção

terapêutica ao aspecto cognitivo. Na hipótese nº 6, afirma que a relação entre os aspectos cognitivo, comportamental e emocional não é unidirecional, afetando-se mutuamente. Esta hipótese abre espaço para que sejam utilizadas técnicas comportamentais e outras que sejam úteis para o tratamento dos distúrbios psicológicos. A T-R-E é multimodal e permite ao terapeuta que lance mão de outras técnicas quando somente uma *disputa racional* não é suficiente.

Hipótese nº 6: Interrelação entre cognição, emoção e comportamento

A cognição humana, a emoção e comportamento humanos não constituem entidades separadas, mas estão interrelacionados, afetando-se mutuamente de forma significativa. A cognição afeta intensamente a emoção e os comportamentos, a emoção afeta a cognição e a ação e os comportamentos interferem nos pensamentos e nas emoções. Quando as pessoas alteram um destes três aspectos do comportamento, tendem a alterar, concomitantemente as outras duas. Mudanças em um dos três aspectos tendem a transformar os outros. Uma terapia eficaz consiste na tentativa consciente do terapeuta em auxiliar o paciente a aliviar seus distúrbios emocionais e comportamentais através do ensino de diversas técnicas emocionais, comportamentais e cognitivas de mudanças na personalidade (p.6).

Na hipótese nº7, mostra que até mesmo as reações fisiológicas (como o ritmo da pulsação), pertencentes ao sistema nervoso autônomo, podem ser alteradas através de processos cognitivos. Ellis baseia-se no biofeedback, técnica que alia recursos da informática aos processos cognitivos e tem tido várias utilizações no ramo da saúde.

Hipótese nº 7: Biofeedback e controle dos processos psicológicos

Quando as pessoas percebem seus próprios processos emocionais, comportamentais e cognitivos elas pensam (e freqüentemente catastrofizam) a respeito deles. Estes pensamentos podem influenciar os comportamentos subseqüentes de uma forma

saudável (...) ou prejudicial (...). Ao perceber, focalizar e refletir sobre as reações fisiológicas, elas podem ser alteradas. É possível alterar a velocidade da pulsação, as reações galvânicas da pele e a intensidade da sensação da dor e várias funções do sistema nervoso autônomo sobre as quais, usualmente, não se tem controle voluntário. Esta habilidade em alterar atividades ligadas ao sistema nervoso autônomo depende em grande parte das cognições. Este fato é uma evidência da influência significativa da cognição nos aspectos emocional e comportamental (pp.6-7).

A hipótese nº 8 situa a T-R-E na discussão inato x adquirido. Para Ellis, os aspectos comportamentais, emocionais e cognitivos possuem componentes hereditários e também componentes adquiridos. Estes dois aspectos não podem ser vistos isoladamente na investigação das causas dos distúrbios emocionais. Estas tendências inatas e adquiridas tornam o distúrbio emocional algo complexo que possui fortes tendências a surgir e manter-se. Além das influências culturais, há uma "base biológica para a irracionalidade". Devido a estas tendências, o trabalho psicológico é difícil, já que há sempre uma força puxando para os antigos padrões, como uma mola que deseja voltar ao seu estado de repouso.

Hipótese nº 8: Influências inatas sobre as emoções e comportamentos.

Os seres humanos parecem possuir fortes influências inatas, assim como tendências adquiridas, em relação ao pensar, sentir e se comportar de determinada forma. Nenhum comportamento é resultado de tendências inatas ou adquiridas isoladamente, de forma que, virtualmente, nenhum comportamento provém somente do instinto e todos possuem fortes fatores ambientais e aprendidos que contribuem à sua "causação". Particularmente, no campo das perturbações emocionais, ambas as tendências biológicas e o aprendizado adquirido auxiliam na criação e sustentação do que chamamos distúrbio emocional. Sendo assim, os terapeutas devem encarar esses fatos e comunicar aos seus pacientes que: (1) há razões complexas para os seus distúrbios; (2) que freqüentemente a melhora psicológica é árdua; (3) e que é

relativamente fácil retornar aos padrões disfuncionais dos quais conseguiu se libertar (p.7).

As hipóteses n^{os} 9, 10 e 11 apontam três aspectos cognitivos extremamente importantes para o processo terapêutico. O primeiro é a *influência das expectativas*. As avaliações das situações, inclusive do próprio processo terapêutico, são feitas em relação às expectativas. Quanto mais dissonância entre as expectativas e os resultados efetivos, maior o descontentamento. Neste sentido, o terapeuta deve discutir acerca das expectativas, com seus clientes, investigando se há crença em resultados rápidos e mágicos, sem empenho e realização de tarefas. Esta discussão favorece uma avaliação realista das possibilidades do tratamento e uma escolha do paciente em engajar-se ou não neste projeto.

Hipótese n^o 9: Influência das expectativas

Quando as pessoas esperam que algo irá acontecer ou que alguém irá reagir de determinada forma, eles agem de forma significativamente diferente de quando tem outros tipos de expectativas. As expectativas influenciam tanto o grau dos distúrbios emocionais como a própria forma que vão reagir à terapia e aos seus terapeutas. Na terapia racional-emotiva (...) os terapeutas podem utilizar as expectativas dos clientes para auxiliá-los a superar os seus distúrbios (p. 8).

Intimamente relacionada a questão das expectativas está a questão do *locus de controle*. Esta noção foi desenvolvida por Rotter (1966) no sentido de investigar as crenças mais ou menos estáveis a partir das quais os sujeitos estabelecem a fonte de controle de seus comportamentos e dos eventos em que estão envolvidos. Diz-se que uma pessoa é *interna* (locus de controle interno) quando percebe os reforçamentos que derivam do meio ambiente como estando relacionados ou como sendo consequências de sua própria conduta. Uma pessoa é chamada *externa* (locus de

controle externo), quando ela não percebe a relação entre os reforçamentos que obtém e sua própria conduta. Neste caso, os reforçamentos são atribuídos ao destino, à sorte, à casualidade ou estando sob controle de outras pessoas (Loureiro, 1994). O *locus* de controle interno gerará um tipo de expectativa positiva e, conseqüentemente, mais motivação para agir, já que a pessoa acredita que suas ações possuem o poder de alterar ou manter as circunstâncias desejadas.

Hipótese n.º 10: Locus de controle

Quando as pessoas percebem as situações, reações alheias e seu próprio comportamento como estando sob o seu controle, elas agem de forma diferente de quando percebem essas situações ou comportamentos como provenientes de fontes externas ou fora do âmbito de seu controle. (...) as pessoas pensam, se emocionam e agem diferentemente quando acreditam que elas controlam aspectos importantes de suas vidas do que quando vêem esses aspectos como fora de seu controle (p. 9).

Os *erros de atribuição* são o terceiro processo cognitivo assinalado por Ellis como uma parte importante na formação do distúrbio emocional. Os erros de atribuição dizem respeito a construção de relações causais incorretas ou, de alguma forma, falsas. Ou seja, relações causais que não se confirmam na confrontação com dados empíricos. Ellis frisa que as pessoas podem acreditar nas suas teorias causais, mesmo que estejam incorretas e que, muitos distúrbios emocionais decorrem do fato de reagirem de acordo com estas.

Hipótese n.º 11: Erros de atribuição

Os seres humanos atribuem motivos, razões e causas para as ações de outras pessoas, eventos externos e estados físicos internos; dessa forma, elas significativamente influenciam suas próprias emoções e comportamentos através dessas atribuições, inclusive quando estas são baseadas em percepções ou concepções incorretas ou de alguma forma falsas. Uma boa parte de seu distúrbio emocional decorre de

atribuições equivocadas; podemos, freqüentemente, ajudar na superação desses distúrbios ajudando a entender e transformar estas atribuições equivocadas (p.9).

1.1.1 - A mediação cognitiva dos distúrbios emocionais

Ellis distingue emoções negativas "apropriadas" de emoções negativas "inapropriadas", estas últimas constitutivas dos distúrbios emocionais. As emoções negativas apropriadas são aquelas que surgem diante das dificuldades vitais e das perdas, como a *tristeza, aborrecimento e desapontamento* e são sustentadas por crenças racionais. Quando o indivíduo sustenta determinadas "crenças irracionais" - que não possuem suporte empírico e são baseadas em exigências ao invés de preferências - os acontecimentos como dificuldades e perdas gerarão sentimentos negativos "inapropriados" como *depressão, ansiedade e agressividade intensa* (Campos, 1995; Haaga e Davison, 1995). O distúrbio emocional é visto como uma consequência da interpretação dos eventos através de um sistema de crenças "irracionais". Na hipótese nº 12, Ellis apresenta de forma geral a idéia de "crenças irracionais". As hipóteses de nºs 12 a 16 apontam a mediação cognitiva dos distúrbios emocionais.

Hipótese nº 12: Pensamento Irracional

As pessoas possuem fortes tendências inatas e adquiridas de adotar valores básicos (especialmente os valores sobre a sobrevivência e a felicidade) e de pensar e agir tanto racionalmente (favorecendo o alcance de seus valores básicos) como irracionalmente (sabotando o alcance de tais valores). Virtualmente todas as pessoas possuem, freqüentemente, várias idéias irracionais importantes ou formas de pensar absolutistas e anti-empíricas que interferem com seus pensamentos, emoções e comportamentos saudáveis; quando elas mudam estas idéias, tendem a mudar significativamente seus comportamentos disfuncionais. Em uma terapia eficiente, o terapeuta procura mostrar ao cliente seus pensamentos irracionais e auxiliá-los (de

formas cognitivas, emocionais e comportamentais) a desistirem delas ou alterarem essas filosofias ou crenças prejudiciais (Ellis, 1977, p. 10).

Ellis refere-se a terapia racional-emotiva como sendo, em parte, humanista e existencialista. Isto decorre da ênfase dada à auto-aceitação. A diferença é que, enquanto os rogerianos defendem uma aceitação integral do cliente pelo terapeuta, a T-R-E defende uma auto-aceitação pelo próprio paciente. Na hipótese nº 13, diz que é um fator importante o paciente ser ensinado a se auto-aceitar, avaliando seus atos ou suas características como "bons" ou "maus" de acordo com os benefícios que produzem para si, mas não como reflexos de uma "essência" ou "natureza" boa ou ruim.

Hipótese nº 13: Auto-avaliação

As pessoas possuem fortes tendências inatas e adquiridas não apenas de observar suas ações, comportamentos ou traços e classificá-los em "bons" ou "maus", mas de avaliarem a *si mesmos*, suas *essências*, suas *totalidades* dessa mesma forma. Estas auto-avaliações influenciam profundamente as próprias emoções e comportamentos e constituem uma das principais fontes dos distúrbios emocionais. Uma terapia eficaz deve auxiliar os indivíduos que tem uma visão negativa de si mesmos a desenvolverem uma alta aceitação de si mesmos e se auto-avaliarem incondicionalmente como bons; ou, preferivelmente, continuar a avaliar suas ações e características de acordo com os resultados prazerosos ou não-prazerosos que produzem. No entanto, recusarem-se a avaliar suas *essências* ou suas *totalidades* em si (p. 11).

Na hipótese nº 14, Ellis diz que se uma pessoa não se aceita, acaba por fazer auto-avaliações extremamente críticas e se julgar "errada" ou "incompetente". Diante desta auto-avaliação, pode surgir a vergonha de admitir esta sua natureza "ruim" para si mesma ou para os outros. Neste processo é freqüente a adoção de mecanismos de defesa que tem como função protegê-la das terríveis conseqüências imaginadas caso

sua "verdadeira essência" seja descoberta. Estes mecanismos de defesa perdem sua função se a pessoa se aceita integralmente (hipótese nº 13) e também consegue aceitar as dificuldades e frustrações que existem na vida.

Hipótese nº 14: Ficar na defensiva

Quando as pessoas percebem seus comportamentos como "ruins", "errados", "incompetentes" ou "vergonhosos" elas freqüentemente recusam-se a admitir para si mesmas e/ou para os outros que elas pensaram ou agiram "mal" e utilizam diversas formas de defesas cognitivas para obscurecer ou negar seus atos "errados". Para este fim, elas racionalizam, projetam, reprimem, compensam, usam formações reativas e empregam outros meios de mecanismos de defesa. O motivo principal para a utilização destas defesas cognitivas provém de suas auto-avaliações e auto-condenações. Uma técnica bastante eficaz de desfazer estas defesas e ajudar as pessoas a transformar seus comportamentos disfuncionais, os quais elas se defendem de perceber, consiste em habilitá-las a abrir mão de sua auto-condenação e a parar de catastrofizar acerca das frustrações e inconvenientes que elas encontram ao longo da vida (p. 11).

Na hipótese nº 15, diferencia uma visão e atitude *hedonistas* da busca pelo *prazer imediato*. Esta busca imediatista impede que as pessoas se empenhem na realização de suas metas à longo prazo e façam os esforços necessários para o alcance dos seus objetivos. Esta atitude decorre de uma baixa tolerância à frustração, aspecto que deve ser investigado e transformado ao longo do processo terapêutico.

Hipótese nº 15: Baixa tolerância à frustração

As pessoas possuem uma tendência (...) a ter uma baixa tolerância à frustração - a fazer coisas que são mais fáceis a curto prazo mesmo quando elas acarretam resultados precários para o futuro; buscar estimulação e gratificação imediatas e a procrastinar e evitar comportamentos e rotinas que trariam boas recompensas futuras.

Enquanto suas visões e atitudes hedonistas facilitam a sobrevivência e propiciam a felicidade em alguns aspectos, as fortes tendências à gratificação a curto prazo ao invés de a longo prazo, acabam por revelar-se prejudiciais. Os distúrbios emocionais consistem, em grande parte, ou envolvem algum grau de baixa tolerância à frustração.; quando as pessoas se fazem ansiosas, deprimidas, encolerizadas ou indisciplinadas e até quando percebem seus sintomas e resolvem trabalhar para aliviá-los, elas usualmente sabotam seus esforços terapêuticos em algum grau, ou então fazem ganhos temporários e recaem no comportamento disfuncional anterior. Isto ocorre parcialmente ou em grande parte como resultado desta busca do alívio ou conforto imediato e a sucumbirem à baixa tolerância à frustração. Uma intervenção terapêutica eficaz busca auxiliar o paciente a desenvolver uma alta tolerância à frustração ou uma perspectiva filosófica que compreenda que os ganhos raramente existem sem dor e que seria melhor trabalhar em uma transformação de si mesmos e que, a condição humana requer usualmente, para a máxima felicidade e liberdade, um grau considerável de disciplina na vida, incluindo uma determinação ativa em mudar os estímulos desagradáveis, mas também em aceitá-los, quando mostram-se intransponíveis (pp. 11-12).

A hipótese nº 16 referem-se à importância das cognições antecipatórias. Estas podem gerar reações emocionais tão intensas quanto os eventos em si, por isto devem ser foco de mudança cognitiva.

Hipótese nº 16: Antecipação do perigo

As pessoas não reagem apenas ao perigo real e apresentam medo e ansiedade quando este perigo existe, mas também antecipam ou imaginam situações ameaçadoras e, freqüentemente, reagem com tanta intensidade emocional a essas antecipações ou imaginações quanto reagiriam às situações verdadeiramente perigosas. A antecipação de perigo constitui um importante processo cognitivo mediacional, presente nos distúrbios emocionais e os terapeutas devem lidar com e superá-la numa terapia eficaz (p. 12).

1.1.2 - Técnicas da T-R-E

Através das técnicas apresentadas nas hipóteses nºs 17 a 31, a T-R-E busca corrigir as crenças irracionais. Na hipótese nº 17, Ellis considera que há duas tendências criativas opostas no ser humano. Uma delas é atualizar o seu potencial saudável e a outra é avaliar-se na forma de extremos - tanto negativamente (rejeitando-se) como positivamente (idealizando-se) - além de outras formas de se auto-depreciar e perturbar-se. A tendência à auto-depreciação é capaz de destruir os benefícios da tendência à construir formas saudáveis de pensar e viver. Devido ao fato delas terem um componente inato e estarem sempre presentes, é necessário uma atuação enérgica para lidar com elas.

Hipótese nº 17: Terapia ativo-diretiva

Devido às fortes tendências inatas e adquiridas de adotar padrões de pensamento e comportamento disfuncionais, que se desenvolvem desde a infância, devido à fácil aderência à pensamentos e emoções auto-sabotadoras e à facilidade em retornar aos padrões disfuncionais antigos, os pacientes serão mais efetivamente ajudados através de uma atitude terapêutica ativa e diretiva do que através de uma abordagem mais passiva e menos intrusiva (p. 12).

As hipóteses nºs 17 e 18 se complementam, frisando que a T-R-E busca ativa e diretamente alterar as crenças consideradas irracionais e os comportamentos decorrentes delas. Para tal, utiliza uma disputa racional, que inclui o questionamento destas crenças e a persuasão para que o cliente adote outras menos prejudiciais.

Hipótese nº 18: Disputa e persuasão

Devido a tendência a sustentar idéias irracionais, logicamente inconsistentes, anti-empíricas e absolutistas, levando a resultados inúteis ou prejudiciais e devido a uma percepção não condizente com a realidade, o terapeuta, orientador, professor deve

mostrar como suas crenças irracionais não se sustentam como verdadeiras e demonstrar que sua perseverança em acreditar nestas irracionalidades irá trazer a eles, inevitavelmente, dores gratuitas. O terapeuta ou orientador pode ainda persuadi-los a alterar ou desistir destas crenças e dos comportamentos irracionais que estas acarretam. Uma terapia efetiva inclui uma disputa racional, um desafio e um questionamento ativo e diretivo do terapeuta a cerca das filosofias irracionais de seus pacientes e a persuasão em adotar crenças menos prejudiciais. (pp. 12-13).

A prescrição de tarefas terapêuticas entre as sessões é um recurso utilizado na T-R-E. Estas tarefas incluem tanto aspectos comportamentais como cognitivos. É mais uma forma de atuar contra as tendências auto-depreciativas, buscando impedir a manutenção ou o retorno dos antigos padrões prejudiciais.

Hipótese nº 19: Trabalho de casa

Devido ao hábito das pessoas em pensar, se emocionar e agir de certas formas disfuncionais, e conscientemente ou inconscientemente super-repetirem estes comportamentos enquanto novos comportamentos não se tornam "uma segunda natureza", e resistirem intensamente às mudanças, há uma necessidade da prática ativa dos novos hábitos para desfazer os hábitos antigos e prejudiciais e evitar que estes recorram. Desta forma, uma psicoterapia eficaz inclui uma boa quantidade de "deveres de casa", especialmente na forma de práticas "in vivo" que interrompem ou contradizem o comportamento disfuncional. Frequentemente incluem, além das tarefas "in vivo", procedimentos cognitivos e emocionais repetitivos, forçados e massificados, além da utilização da imaginação. (...) deveres de casa "in vivo" usualmente tendem a ajudar mais as pessoas perturbadas emocionalmente do que os outros métodos, como a dessensibilização sistemática, que tende a continuar mais imaginária e teórica do que o trabalho "in vivo" (p. 13).

Segundo a hipótese nº 20, se uma pessoa é insultada, tende a sentir-se mais perturbada se acredita que houve a intenção do insulto. A T-R-E busca ensinar seus clientes a não levarem tão a sério os insultos e não condenar os outros por esta atitude.

Mesmo que considerem errada a atitude do insulto, as pessoas possuem o direito de falhar.

Hipótese nº 20: Insulto e intenção

As pessoas tendem a se sentir mais perturbadas e a alterar drasticamente seus comportamentos quando elas acham que os outros tentaram denegrir ou insultá-las do que quando acham que os outros agiram mal, mas não tinham a intenção de insultá-las. "Suas percepções acerca das intenções alheias em feri-las ou depreciá-las também tendem a ter um impacto maior sobre elas do que o mal em si que elas lhe provocam". Uma terapia eficiente ajuda os clientes a não levarem os insultos dos outros tão seriamente e a ajuda-los a aceitar os outros de forma a não condena-los pelo mal que o fazem, mesmo que tenham agido intencionalmente.(...) Os insultos realmente não ferem as pessoas a menos que se leve de forma muito séria estes insultos. E mesmo quando as pessoas agem com a intenção de prejudicá-los, elas tem o direito de agir de forma errada, devido a natureza falível do ser humano. A recusa em aceitar este direito causará mais desconforto do que o mal que os outros possam tentar lhe causar (pp. 13-14).

Segundo a hipótese nº 21, a T-R-E não busca a ab-reação ou catarse de emoções disfuncionais, mas sim a investigação das crenças irracionais que estão subjacentes nestes momentos. A catarse pode provocar um alívio momentâneo, mas não contribuirá para a melhora e prevenção de futuros distúrbios, o que é conseguido através da alteração das crenças irracionais.

Hipótese nº 21: Ab-reação e emoções disfuncionais

A ab-reação ou catarse das emoções disfuncionais, particularmente das diversas formas de raiva (hostilidade, ressentimento, ódio e agressão física) pode ter efeitos paliativos no alívio dessas emoções, mas elas freqüentemente apresentam efeitos iatrogênicos por reforçarem as filosofias e crenças que as pessoas empregam na criação destes sentimentos. A filosofia subjacente aos sentimentos de raiva incluem, freqüentemente, a seguinte crença racional: "Eu não gosto de sua atitude e desejo que

você pare com isso!" e a seguinte crença irracional (ou comendo absolutista): "Já que eu não gosto de sua atitude você tem que parar com isto! E você é uma pessoa terrível se não o fizer" A expressão e ab-reação da raiva reforça essas crenças irracionais, fazendo as pessoas se **sentirem** melhores ao invés de **ficarem** melhores. Ao desistir dos comandos irracionais de que os outros devem trata-lo de forma justa ou que o mundo tem que provê-lo daquilo o que necessita, os seres humanos perdem a raiva ao invés de suprimir ou reprimi-la. Este procedimento racional está relacionado com a melhora dos distúrbios emocionais e com a prevenção de futuros episódios de raiva (p. 14).

Na hipótese nº 22, diz que as pessoas possuem algum grau de controle sobre suas emoções e ações, podendo escolher entre a manutenção dos padrões insatisfatórios ou a adoção de comportamentos e emoções mais saudáveis.

Hipótese nº 22: Escolha de mudança comportamental

Apesar da liberdade absoluta não parecer existir, e apesar do comportamento humano, pelo menos parcialmente, ser determinado por fatores biológicos e ambientais ou "causas" sobre as quais o indivíduo tem relativamente pouco controle, o que determinaria alguns de seus comportamentos, ele também possui um grande poder de escolha e auto-determinação e pode, com algum grau de esforço, determinar como irá se sentir e agir. Devido a esta habilidade eles podem vir à terapia e escolher trabalhar ou não no sentido de ajudá-los a si mesmos. Eles podem, portanto, escolher mudar o seus padrões insatisfatórios, considerados "naturais" e já arraigados. Ao remover os seus bloqueios emocionais, eles também podem escolher atualizar seu potencial para intensificar seu prazer e propiciar o crescimento pessoal. (...) Desta forma, as pessoas podem, em algum grau, escolher a doença ou escolher a saúde (p. 15).

Relacionada com a hipótese anterior, a hipótese nº 23 diz que uma mudança cognitiva, comportamental ou emocional pode ser alcançada pelo auto-controle e que

este é, freqüentemente, mais eficaz do que o controle e o direcionamento por outras pessoas.

Hipótese nº 23: Auto-controle

Quando as pessoas percebem seu comportamento abaixo dos níveis do desejável ou quando se sentem emocionalmente perturbadas, elas tem uma considerável habilidade de determinar ou mudar ou adotar várias formas e procedimentos de auto-controle ou auto-administração para propiciar a mudança almejada. Elas freqüentemente modificam suas emoções e comportamentos mais por princípios de auto-controle do que quando controladas ou dirigidas por outras pessoas. O auto-controle possui fortes elementos cognitivos e comportamentais e uma terapia eficiente consiste freqüentemente em ajudar os clientes a adotar um monitoramento cognitivo (p. 15).

A hipótese nº 24 mostra como as crenças de uma pessoa afetam o seu desempenho em situações de risco. Uma pessoa confiante em sua capacidade, apresenta um melhor desempenho. Sendo assim, a T-R-E busca ensinar estratégias ou habilidades para lidar com as situações não tanto pela eficácia das mesmas, mas pela confiança que pode desencadear no paciente acerca de suas capacidades.

Hipótese nº 24: Lidando com a perturbação e o perigo

A habilidade das pessoas em lidar com as perturbações e com o perigo parecem ser afetadas por suas próprias concepções do quanto elas pensam que são capazes de lidar com a situação. Ensinar-lhes habilidades ou estratégias de lidar com determinadas situações pode auxiliá-las nesta tarefa, não porque saibam realmente o que fazer, mas porque concluem que são capazes e esta conclusão aumenta a sua confiança na sua habilidade de conseguir. Tendo uma maior confiança, elas usualmente lidam melhor com a situação. (...) Tanto o ensino de estratégias como o auxiliar os clientes a acreditar fortemente que tem condições de lidar com uma situação difícil ou perigosa constituem métodos efetivos de psicoterapia ou mudança de comportamento (pp. 15-16).

Segundo a hipótese nº 25, a T-R-E utiliza técnicas cognitivas de diversão ou distração para interromper a concentração em pensamentos perturbadores. Estas técnicas possuem um efeito de alívio das emoções desprezíveis, ao menos temporariamente.

Hipótese nº 25: Diversão ou distração

As pessoas tendem a focalizar uma coisa de cada vez, dessa forma, se elas desejam interromper a atenção direcionada a pensamentos perturbadores - como catastrofizar o fracasso, a rejeição ou a frustração - elas podem modificar suas emoções e comportamentos, pelo menos temporariamente, através da concentração em outros pensamentos prazerosos como meditação, fantasias, relaxamento ou sensações físicas. Uma parte da terapia consiste em utilizar recursos cognitivos de distração e diversão através de pensamentos prazerosos. Este procedimento pode levar a bons resultados terapêuticos (p. 16).

As emoções e os comportamentos estão apoiados em determinados pensamentos. A terapia pode educar e informar como estes pensamentos podem levar a perturbações emocionais e como alterá-los.

Hipótese nº 26: Educação e Informação

As pessoas ensinam e condicionam a si próprias assim como aceitam os ensinamentos alheios, para adotarem emoções e comportamentos determinados; este auto-condicionamento e aceitação dos ensinamentos alheios contribuem significativamente para os seus distúrbios emocionais. O trabalho psicoterapêutico eficaz consiste, em grande medida, na educação e reeducação, fornecendo aos clientes informações e instruções que os auxiliarão a entender o que eles fizeram e fazem para perturbarem-se a si próprios e o que podem fazer para se tornarem menos perturbados (p. 16).

Os pensamentos de uma pessoa podem ser influenciados por sugestões alheias. Apesar das terapias trabalharem, geralmente, com elementos de sugestão, ela deve buscar que os pacientes tornem-se menos sugestionáveis, baseando seu pensamento em dados empíricos e experimentais e não as opiniões alheias.

Hipótese nº 27: Sugestão e hipnose

As pessoas possuem uma forte tendência a pensar, se emocionar e se comportar de acordo com fortes sugestões dos outros, mesmo quando estas sugestões conduzem a resultados pessoais ou sociais insatisfatórios. Elas adotam estas sugestões, transformando-as em poderosas auto-sugestões que passam a influenciar seu comportamento. Essas tendências a agir com credulidade contribuem para seu distúrbio emocional, mas podem também ser utilizadas para aliviá-los, agindo sob auto-sugestão, sugestão de outros e até sugestão hipnótica. Quase todas terapias possuem possíveis elementos de sugestão. Uma terapia eficiente pode utilizar conscientemente este poder, no entanto deve auxiliar os pacientes a serem menos sugestionáveis e serem influenciados mais por seu próprio pensamento, baseado em dados empíricos e experimentais, e não influenciado por pensamentos absolutistas de outros (p. 17).

A hipótese nº 28 apresenta a técnica comportamental de modelação e sua utilização na T-R-E. Na medida em que considera que a imitação de outras pessoas é uma tendência humana, busca ensinar seus pacientes a utilizá-la de forma positiva, para o alívio de seus distúrbios emocionais.

Hipótese nº 28: Modelação e Imitação

As pessoas possuem tendências inatas e adquiridas a imitar ou moldar-se a si próprias através de outras e a mudar significativamente seus pensamentos, emoções e ações de acordo com o que vêem em seus modelos. Frequentemente se aumenta ou alivia os distúrbios emocionais por estas modelações conscientes ou inconscientes. A imitação e a modelação quase sempre envolvem poderosos processos cognitivos mediadores e,

quando as pessoas percebem como podem utilizar a modelação para se auto-ajudarem, elas podem fazê-lo mais fácil e freqüentemente do que quando não tinham a consciência da influência da imitação. Uma terapia eficaz freqüentemente inclui o uso consciente, por parte do terapeuta, da modelação e o ensino de como os clientes podem empregar a imitação para auxiliá-los na superação de seus distúrbios (p. 18).

A resolução de problemas é uma técnica de uso freqüente nas terapias cognitivas. Ellis coloca, na hipótese nº 29, que esta habilidade é benéfica em termos emocionais, sendo recomendada a prescrição de tarefas com este objetivo.

Hipótese nº 29: Resolução de problemas

As pessoas tendem a usar a resolução de problemas e outros métodos cognitivos para lidar com e superar os seus distúrbios emocionais e seus comportamentos disfuncionais. Os que carecem de habilidade na resolução de problemas e tarefas tendem a se tornar mais perturbados e disfuncionais do que aqueles com mais perícia nesta área. Mostrar aos clientes como melhorar sua habilidade, através de tarefas, na resolução de problemas constitui uma forma cognitiva efetiva de terapia (p. 18).

Nas hipóteses nºs 30 e 31, fala da utilização de técnicas comportamentais como a representação de papéis e o treinamento de habilidades ressaltando a importância de se investigar o aspecto cognitivo nestes procedimentos. Ellis coloca que mudanças no aspecto cognitivo afetam o comportamento assim como as mudanças comportamentais afetam a cognição.

Hipótese nº 30: Representação de papéis e ensaio comportamental

Quando as pessoas adotam um papel e representam um importante ou hipotético evento, elas freqüentemente, influenciam a si mesmas a experimentar pensamentos, sentimentos e comportamentos que diferem significativamente daqueles que elas experienciam de outra forma. Elas podem freqüentemente perturbarem-se a si mesmas e também auxiliarem-se a aliviar o seu distúrbio através da representação de

papéis. Assim como a modelação e imitação, a representação de papéis inclui certos elementos cognitivos e estes elementos ajudam as pessoas a mudar seus sentimentos e ações disfuncionais. Uma representação de papéis que inclui uma análise cognitiva dos sentimentos surgidos durante o exercício e que inclui uma reestruturação cognitiva das atitudes reveladas nas experiências de representação provam ser mais terapêuticas do que uma representação de papéis sem este tipo de análise ou reestruturação cognitiva (pp. 18-19).

Hipótese n.º 31: Treinamento de habilidades

Quando as pessoas recebem um treinamento efetivo em certas habilidades como: assertividade, socialização, técnicas sexuais ou clarificação de valores, elas freqüentemente alteram intensamente seu pensamento, emoção e comportamento e às vezes, se tornam consideravelmente menos perturbadas. Estas mudanças não são provenientes meramente das suas tarefas aprimoradas, mas também das percepções acerca suas habilidades e de suas auto-avaliações sobre sua competência recém adquirida (p. 19).

Na última hipótese, diferencia a T-R-E de outras linhas terapêuticas. Apesar da incorporação de técnicas provenientes de outras abordagens e de se colocar no grupo das terapias cognitivo-comportamentais, Ellis defende uma identidade própria. Dentre as suas especificidades estão a utilização da persuasão na reestruturação cognitiva e a formulação de um conjunto de onze crenças irracionais que devem ser corrigidas no processo terapêutico.

Hipótese n.º 32: Diferenças entre a T-R-E e outros tipos de terapia

Apesar da T-R-E utilizar diversas técnicas que se sobrepõem parcialmente àquelas utilizadas em outros sistemas terapêuticos, diferenças significantes existem entre a prática da terapia racional-emotiva e a maioria das outras terapias.(...) a terapia racional-emotiva sobrepõe-se particularmente à terapia cognitivo-comportamental como uma das maiores técnicas cognitivo-comportamentais. Várias outras autoridades também a vêem como parte integrante do movimento da terapia

cognitivo-comportamental.(...) Ao mesmo tempo, T-R-E diferencia-se em muitos aspectos da maioria dos outros sistemas terapêuticos, inclusive da terapia da Gestalt, terapia centrada no cliente e psicanálise (p. 19).

A intervenção terapêutica acrescenta aos A-B-C originais, dois momentos subseqüentes que são: o "D" (disputa racional) e o "E" (efeito cognitivo, emocional e comportamental desta disputa). O momento "D" é caracterizado pela identificação, exame e debate com o cliente, para que examine de forma crítica, utilizando as regras do método científico, as suas crenças irracionais. Enquanto nos escritos mais antigos da T-R-E a disputa consistia basicamente na persuasão, recentemente é colocado que esta disputa pode envolver o questionamento das evidências de uma determinada crença ou da utilidade de sustentá-la (Haaga e Davidson, 1995). O momento final "E" é o efeito do processo anterior de debate (D) e consiste na adoção de um tipo de pensamento mais racional e uma experiência emocional decorrente da utilização do critério lógico e científico para o pensamento. O aprendizado deste tipo de pensamento oferece ao cliente recursos para lidar com os seus problemas futuros de forma eficaz (Campos, 1995; Walen, DiGiuseppe e Wessler, 1980).

1.2 - As crenças irracionais

Albert Ellis sustenta que as irracionalidades humanas possuem uma base biológica. Em seu artigo *The Biological Basis of Human Irrationality*, de 1976, define os termos *base biológica* e *irracionalidade*.

Base biológica significa que uma característica ou traço possui uma origem especificamente inata (assim como uma origem específica adquirida) e que surge parcialmente de uma natural e facilitadora predisposição orgânica para ser de uma determinada forma. Isto não significa que esta característica ou traço possua uma base instintiva pura, que não possa passar por uma importante alteração ou que o

organismo vá perecer ou pelo menos viver em profunda infelicidade sem ela. Apenas significa que, devido a sua natureza genética e/ou congênita, um indivíduo desenvolve facilmente este traço e passa por dificuldades para mudá-lo ou eliminá-lo.

Irracionalidade significa qualquer pensamento, emoção ou comportamento que leve a consequências auto-depreciativas ou auto-destrutivas que interfiram significativamente na sobrevivência e felicidade do organismo. Mais especificamente, o comportamento irracional possui vários aspectos: (1) O indivíduo acredita, freqüentemente de forma fanática, que aquilo corresponda aos princípios da realidade, embora, em muitos aspectos isto não ocorra; (2) as pessoas que se aferram a ele, denigrem ou recusam em aceitar a si mesmas de forma significativa; (3) este interfere no relacionamento com seus grupos sociais primários; (4) este comportamento bloqueia significativamente o alcance dos relacionamentos interpessoais pretendidos; (5) este comportamento obstrui a obtenção de proveito e prazer na realização de algum trabalho produtivo; (6) interfere em seus interesses em outras áreas importantes de sua vida (Ellis, 1976, p. 145).

No livro *Reason and Emotion in Psychotherapy* (1962), há uma listagem de onze crenças irracionais que geram e mantêm os distúrbios emocionais, frisando que os valores propagados pela própria sociedade, em grande parte, não passam por uma reflexão e são geradores potenciais de distúrbios emocionais e comportamentais. A classificação das idéias irracionais não pretende abranger todas as crenças e que elas não venham a se sobrepor em algum momento. Neste trabalho, aponta as onze crenças irracionais, os motivos pelos quais são consideradas irracionais e as crenças racionais alternativas. Sobre a definição de racionalidade Ellis diz que:

"(...)racionalidade tem muitas definições diferentes, até mesmo em psicoterapia. Na terapia racional-emotiva (T-R-E), significa ajudar às pessoas eficientemente a sobreviver e a estar menos perturbadas cognitivo-emocionalmente e mais felizes do que estariam de outra forma" (Ellis, 1992, p.80).

Em outro artigo, Ellis afirma:

"O termo *racional*, como é utilizado na terapia racional-emotiva, se refere (1) ao estabelecimento ou escolha, pelas pessoas, de certos valores básicos, propósitos, objetivos ou ideais e então (2) utilizar uma maneira eficiente, flexível, científica e lógico-empírica de tentar alcançar estes valores, objetivos evitando assim resultados contraditórios e prejudiciais" (Ellis, 1979, p.33).

Em artigo de 1988, Ellis e Dryden mostram a diferença entre racional e irracional:

"O conceito de *racionalidade* é central para o entendimento da imagem da pessoa na terapia racional-emotiva. Neste contexto, *racionalidade* significa aquilo que auxilia e favorece às pessoas o alcance de suas metas básicas e propósitos. Embora as pessoas tenham uma concepção hedonista, freqüentemente experimentam um conflito entre os objetivos de curto prazo e os de longo prazo. A T-R-E afirma que as pessoas preferem satisfazer seus objetivos de curto prazo. No entanto, no sentido de alcançar seus metas básicas e propósitos, elas deveriam adotar uma filosofia de hedonismo a longo prazo. *Irracional* significa aquilo que retarda ou obstrui o alcance, pelas pessoas, de suas metas básicas e objetivos a longo prazo. É visível, então que a racionalidade não é definida a partir de nenhum sentido absoluto na T-R-E, pois o que auxilia ou impede o alcance deste objetivo é definido de acordo com o indivíduo em sua situação particular (Dryden e Ellis, 1988, p. 217).

Campos (1995) ressalta que as onze crenças irracionais foram encontradas em uma realidade sociocultural diversa da nossa, não se conhecendo nenhum estudo de adaptação das mesmas à realidade brasileira. Sendo assim, deve-se ser extremamente cuidadoso em sua utilização.

A crença irracional n^o 1 é a de que é *absolutamente necessário para um adulto ser amado e aprovado por virtualmente toda pessoa que lhe é significativa em sua comunidade*. Apesar de anunciado e até poder ser verdadeiro o fato de que uma criança *precisa* de amor e aprovação e, sem dúvida, é *desejável* para um adulto ser

amado e aprovado pelas pessoas que lhe são significativas, é questionável se isto é absolutamente *necessário* para os adultos.

Esta crença é irracional por vários motivos: (1) haverá sempre alguém, mesmo que seja 1 em 100, que não dará a aprovação e amor *necessitados*; (2) uma *necessidade* de aprovação gerará preocupações acerca do *quanto* se é aprovado e amado e se *ainda* o está sendo. Isto gerará uma constante ansiedade decorrente desta *necessidade*; (3) é possível, devido aos próprios preconceitos delas, que possamos receber indiferença e desaprovação de algumas pessoas de quem desejaríamos aprovação e amor; (4) o gasto de energia tentando agradar *todas* as pessoas seria muito grande, restando pouca energia para outros objetivos; (5) no sentido de agradar a todos, muitas preferências pessoais seriam abandonadas; (6) buscar a aprovação de forma obsessivo-compulsiva gera um comportamento inseguro e perturbador, levando mais à *perda* da aprovação e do respeito do que ao seu ganho; (7) *Amar*, ao invés de *ser amado*, é uma ocupação absorvente e criativa, que, no entanto tende a ser inibida ao invés de expandida por uma terrível necessidade de ser amado.

Em vez de buscar resolver os problemas através da busca de amor e aprovação, certas crenças e atitudes racionais seriam : (1) manter o *desejo* de amor, não a *necessidade*; (2) buscar ser aprovado por motivos concretos, realizações pessoais e não apenas o desejo infantil de ser amado incondicionalmente. Este desejo infantil sustenta uma falsa auto-estima derivada da aprovação alheia enquanto, uma verdadeira auto-estima provém de um comprometimento pessoal em seguir seus objetivos mesmo diante da não aprovação alheia; (3) a pessoa deve admitir que é desagradável não receber o amor ou aprovação de uma pessoa significativa. *Desagradável* mas não *terrível* ou *catastrófico*; (4) guiar as suas ações de acatar ou se rebelar diante de algo pelos seus próprios desejos, e não pelo que os outros gostariam

que fosse feito.; (5) buscar a aceitação dos outros, se assim for o *desejado*, de forma calma, inteligente e não desajeitada, turbulenta percebendo que a melhor forma de ganhar amor é dar amor, genuinamente.

A crença irracional n^o 2 é a de que *é necessário ser competente, adequado e bem sucedido em todos os aspectos da vida para que alguém seja considerado valioso*. Pensar também que, se assim não o for, o melhor é recolher-se e morrer.

Esta crença é irracional pelos seguintes motivos: (1) é impossível ser extremamente competente em *todos* os aspectos da vida. *Tentar* ser competente em algum aspecto pode oferecer vantagens, mas *ter que* ser extremamente competente é um convite aos sentimentos de ansiedade e menos-valia; (2) uma busca desenfreada pelo sucesso faz com que os limites do corpo sejam desrespeitados, gerando doenças psicossomáticas; (3) ao fazer comparações dos seus sucessos em relação aos sucessos alheios, a pessoa pode se tornar guiada por um padrão externo e não pelos seus objetivos pessoais; (4) definir alguém pelos seus valores externos (sucesso, aquisições) é bem semelhante à ideologia fascista de valorizar alguém por ser ariano, por exemplo; (5) Concentrar-se na crença de que deve-se sempre ser competente e bem sucedido faz com que a pessoa se afaste do principal objetivo de uma vida feliz que é o de descobrir, experimentalmente, o que é agradável e recompensador para si e, corajosamente (não importando o que digam os outros), dedicar boa parte de seu tempo a estas atividades; (6) Uma grande preocupação com o sucesso resulta, normalmente, em um medo intenso de correr riscos e errar, ocasionando a perda do prazer de simplesmente fazer determinada tarefa. Ocorre também a associação de um fracasso em determinado aspecto ou determinada situação à diminuição de todo seu valor próprio.

Ao invés de concentrar-se na *necessidade* de sucesso, as crenças mais razoáveis seriam: (1) *Tentar* ao invés de *se matar* em fazer algo bem feito e focalizar no *processo* e não apenas nos *resultados*; (2) Tentar fazer algo bem feito para o seu próprio proveito ao invés de tentar agradar os outros; (3) Tentar alcançar o *seu melhor desempenho* e não *o melhor desempenho*; (4) Questionar-se, de tempos em tempos, se o sucesso está sendo buscado como um fim *em si* ou para a sua satisfação; (5) Aceitar e aproveitar os erros e fracassos, ao invés de se horrorizar diante deles, sendo assim, buscar praticar sempre aquilo que deseja executar com mestria, mesmo quando não há certeza de sucesso.

A crença irracional nº 3 é a de que *existem pessoas más, perversas e que elas devem ser culpadas e punidas por sua vileza*. Alguns indivíduos se tornam exaltados, raivosos e vingativos pois acreditam que algumas pessoas - incluindo a si mesmas - são más. Devido a sua maldade praticam atos imorais e a única forma de prevenir esta ação humana perversa é culpando e punindo essas pessoas. Esta é uma crença irracional pois:

(1) A idéia de que certas pessoas são "más" ou "perversas" provém da antiga doutrina teológica do livre arbítrio. Esta afirma que cada pessoa tem a liberdade de agir "corretamente" ou "erradamente", em relação a um padrão absoluto de verdade e justiça, ordenado por "Deus" ou por uma "lei natural". Além disso, se a pessoa usar o seu "livre arbítrio" para se comportar "erradamente", este ser é chamado de perverso e "pecador". Esta doutrina não tem fundamento científico pois seus termos-chave como "verdade absoluta", "Deus", "livre arbítrio" e "lei natural" são descritivos mas não podem ser provados ou refutados em termos científicos ou empíricos. Além disso, os escritos psicanalíticos do século passado mostram como os seres humanos agem influenciados por vários fatores freqüentemente inconscientes. Este aspecto

inconsciente dos impulsos e desejos reduz consideravelmente o "livre arbítrio"; (2) Quando as pessoas consideram "errados" ou "imorais" os atos de alguém, podem perceber que, em uma análise final, estes atos provêm de algum desconhecimento, ignorância ou distúrbio emocional que os impeçam de perceber a dimensão de seu ato. Desta forma, é irracional culpá-los por isso, podendo-se apenas orientá-los a não repeti-los. Além disso, um ato "ruim" não torna uma pessoa "ruim". Este ato é apenas indesejável pois é prejudicial a si ou aos outros e seria melhor se fosse mudado; (3) Devido a seu aparato biossocial (incluindo hereditariedade e o aprendizado), o homem é um ser *fallível*, que comete falhas e erros. É irrealista esperar que ele não os cometa e culpá-lo por não corresponder às expectativas perfeccionistas. Dizer que se espera fazer melhor da próxima vez é saudável, mas dizer que *não se devia* ter cometido o erro e que *se deve* acertar na próxima, não faz sentido; (4) O ato de culpar e punir alguém por seus comportamentos "errados" ou anti-sociais é baseado na *suposição* de que a culpa e a punição irão induzir um ser humano a corrigir os seus erros e agir melhor no futuro. Isto não funciona em todos os casos, podendo mesmo intensificar o comportamento destrutivo e gerar efeitos colaterais, como os sintomas neuróticos; (5) Podemos pensar que uma reeducação objetiva oferece mais resultados que uma punição emocional. Se os atos "errados" ou inapropriados são decorrentes de algum desconhecimento, a punição não ajudará a suprir esta deficiência. A imposição da culpa, ao contrário, intensificará os sentimentos de inadequação e não garantirá que, na próxima vez, as coisas sejam feitas de forma diferente; (6) A culpa, a hostilidade e a raiva são provavelmente as causas mais sérias dos distúrbios humanos. Se, na criação das crianças, fosse abolida a filosofia de culpar a si ou aos outros pelos erros que fizeram, dificilmente elas sentiriam-se ansiosas, culpadas e deprimidas (sentimentos resultantes da auto-condenação) ou raivosos, fanáticos e extremados (sentimentos resultantes de atribuir culpas aos outros).

Ao invés de tornar-se desnecessariamente preocupado com os próprios erros ou com os erros alheios, o indivíduo pode: (1) Em vez de culpar os delitos alheios, aceitá-los e auxiliá-lo quando estes atos decorrem de desinformação e dificuldades emocionais; (2) Quando as pessoas culparem-no, em primeiro lugar, questionar-se sobre seus próprios atos e aprimorar o seu comportamento. Se achar que a crítica não é justificável, perceber que a esta crítica reflete uma postura defensiva ou um problema emocional, da própria pessoa que o criticou; (3) Tentar ver os atos das outras pessoas dos seus pontos-de-vista, quando achar que eles estão errados. Se for possível, tentar modificá-los, se não aceitar que é desconfortável para si, mas não terrível ou catastrófico; (4) Tentar perceber que seus próprios erros ou delitos são decorrentes de ignorância ou distúrbio emocional, sendo assim, não deve culpar-se nunca por ser desinformado ou passar por dificuldades emocionais. Sendo assim, admitir o seu próprio erro, sentindo que é desagradável, mas não é terrível e, principalmente, percebendo como pode aprender com este erro para falhar menos da próxima vez.

A crença irracional nº 4 é a de que *é terrível e catastrófico quando as coisas não são da forma como se gostaria muito que fossem*. É impressionante como tantas pessoas se tornam nervosas e infelizes quando as coisas não são como elas querem que sejam, ou simplesmente porque as coisas são do jeito que são.

É normal ficar frustrado quando as coisas não ocorrem como desejamos, mas ficar profunda e duradouramente deprimido ou irado quando isto acontece é irracional por várias razões: (1) Não há motivos para que as coisas *devam* ser diferentes do que são, não importando o quanto são *insatisfatórias* ou *injustas*. Há vários motivos, especialmente os dados da realidade para que as coisas sejam como são. Seria agradável que as coisas fossem como desejamos e que conseguíssemos as coisas que

queremos, mas o fato de desejarmos não torna mais provável que a realidade seja diferente e não há motivos sensíveis para chorarmos quando isto acontece. (2) Sentir-se duradoura ou extremamente nervoso diante de circunstâncias adversas não ajudará a transformá-las. O contrário é mais provável: quanto mais nervoso se ficar diante dos eventos, mais desorganizado e ineficiente em transformar as condições presentes o sujeito se torna; (3) Quando as coisas não são da forma que se deseja, deve-se fazer o máximo para transformá-las, mas quando é impossível transformá-las, momentaneamente ou para sempre, a coisa mais saudável a fazer é resignar-se às condições presentes. (4) Apesar da tradicional correlação entre frustração e agressividade, pode-se perceber que são as interpretações em relação aos eventos que geram a raiva. Sendo assim, mesmo quando frustrada, a pessoa não precisa *necessariamente* sentir-se terrivelmente infeliz ou hostil, na medida em que não coloca as suas *preferências* em termos de *necessidades*.

Ao invés de manter-se illogicamente exaltado diante das circunstâncias frustrantes da vida ou das injustiças reais ou imaginadas, uma pessoa pode adotar as seguintes atitudes: (1) Perceber se as circunstâncias são frustrantes ou dolorosas ou se a pessoa está exagerando a sua dimensão negativa. Se realmente há desprazer, trabalhar calmamente no sentido de alterar a situação, mas se for impossível, resignar-se e aceitá-la; (2) Perceber as próprias tendências a ver de forma catastrófica os eventos frustrantes, revertendo esta interpretação: as coisas podem ser desagradáveis, mas não terríveis ou fatais; (3) Sempre que possível a pessoa deve aprender a partir das situações frustrantes, aceitá-las como um desafio e integrá-las de forma útil à sua vida; (4) Quando tomado por sensações físicas dolorosas (como dores de cabeça) a pessoa deve fazer o máximo para eliminá-la e quando a dor não for erradicável deve distrair-se e dedicar-se a coisas prazerosas. Assim também deve agir quanto às perturbações e irritações inevitáveis da vida, aceitando-nas de forma que não permita

tornar-se perturbado por estar sentindo-se irritado. Ou seja, não duplicando o seu sofrimento ao irritar-se com a própria irritação.

A crença irracional n.º 5 é de que *a infelicidade humana possui causas externas, sendo assim as pessoas possuem pouca ou nenhuma habilidade de controlar suas tristezas e inquietações*. A maioria das pessoas parece acreditar que as outras pessoas e os eventos externos são a causas de seus pesares e que se estes fatores externos fossem diferentes, seria o fim de seu sofrimento. Aham que não podem evitar de se estressarem quando coisas desagradáveis ocorrem, e que não possuem nenhum controle sobre si mesmas e suas emoções. Esta idéia é irracional porque: (1) As agressões mais freqüentes, em nossa sociedade, são menos físicas e mais simbólicas. Sendo assim, estes ataques possuem pouco poder de realmente ferir uma pessoa se ela não *permitir e se tornar* suscetível a eles; (2) Dizer: "É uma coisa dolorosa ser rejeitado por um amigo" é, na verdade dizer: "Eu me perturbo ao ser rejeitado por um amigo". A rejeição em si tem pouco ou nenhum efeito direto sobre uma pessoa a menos que ela *faça* desta situação, uma situação terrível; (3) Apesar de muitas pessoas acreditarem que a infelicidade se abate sem ser influenciada por qualquer coisa que façam, isto é falso. A verdade é que é difícil para a maioria das pessoas ter controle sobre suas emoções, em grande parte, pois elas raramente prestaram atenção a este poder e o exercitaram pouco. Também podem estar utilizando métodos errados no controle das emoções. Se as pessoas percebessem as emoções não como entidades etéreas, mas como um composto de percepções, pensamentos, avaliações e frases internalizadas, elas constatariam que é possível trabalhar de forma calma e eficaz na sua mudança.

Ao invés de acreditar, erroneamente, que as emoções estão invariavelmente fora do controle pessoal, pode-se perceber que a infelicidade é largamente (mesmo

que não totalmente) proveniente de certo tipo de interpretação subjetiva e passar a adotar as seguintes condutas: (1) Quando perceber-se exageradamente perturbado por uma situação (o que é diferente de uma tristeza normal diante de uma perda e de uma irritação moderada diante de uma frustração) atentar para se, de alguma forma, está criando-se este tipo de emoção e, da mesma forma como pode-se criá-la, pode-se erradicá-la; (2) Partindo da conclusão anterior, deter-se e investigar as sentenças ilógicas subjacentes ao exagero emocional, buscando, após identificá-las, questionar o raciocínio utilizado desde as premissas até as conclusões, percebendo se há erros lógicos em algumas delas.

A crença irracional nº 6 é de que *se algo é ou parece ser perigoso, deve-se ficar constantemente preocupado com o fato e ruminando sobre a possibilidade de sua ocorrência*. A maioria das pessoas insiste em acreditar que se estão ou poderão estar em perigo, elas devem manter-se preocupadas com isto. Esta crença é irracional pelos seguintes motivos:

(1) Embora seja uma atitude sábia o pensar profilaticamente sobre os perigos, planejar como evitá-los, prevenir-se ou enfrentá-los se ocorrerem, o que se chama de "ansiedade" ou "preocupação" ou "medo intenso" não é de uma natureza profilática ou construtiva e raramente auxilia no enfrentamento eficaz destes perigos. Em primeiro lugar, se a pessoa se torna terrivelmente preocupado ou obcecado com alguma ameaça de perigo ela se torna tão agitada e irritada que se torna difícil perceber objetivamente se esta "ameaça" é real ou exagerada. A preocupação exagerada conduz, freqüentemente, a fantasias sobre a "periculosidade" das situações, distanciando a pessoa de uma apreciação objetiva; (2) Quando uma pessoa fica intensamente ansiosa diante de algum perigo, este estado emocional freqüentemente a impede de avaliar realisticamente e adotar, calmamente, as ações apropriadas para prevenir ou lidar com

o perigo de forma eficaz; (3) Uma intensa preocupação não impedirá que um evento ocorra, no entanto, o contrário pode ser verdadeiro. Dependendo do tipo de preocupação que tiver, por exemplo, de ter um acidente de carro, quanto mais nervosa estiver a pessoa, mais provável agir impulsivamente no trânsito, provocando uma colisão; (4) A preocupação intensa faz com que se exagere a probabilidade de ocorrência do perigo. Por exemplo, há possibilidade de enguiço de um elevador, mas é menos freqüente que o imaginado pela pessoa ansiosa; (5) Alguns eventos terríveis, como a possibilidade ficar seriamente doente ou morrer não serão alterados pela preocupação exagerada. A pessoa estará, na realidade, criando um mal estar adicional, ao preocupar-se com estes eventos antes que eles ocorram de fato; (6) Alguns eventos terríveis não são tão incapacitantes na realidade quanto o são nas fantasias. Catastrofizar sobre estes fatos é inútil, mesmo quando há chances deles realmente ocorrerem.

Um conjunto de atitudes racionais em relação aos possíveis perigos e dificuldades que possam ocorrer na vida de uma pessoa consiste em: (1) Perceber que a maioria de suas preocupações não são causadas por perigos externos que possam ocorrer, mas pelas auto-afirmações a respeito da situação. Sendo assim, aprender a examinar as afirmações internalizadas e transformá-las em uma filosofia mais saudável e realista. Em vez de afirmar que será impossível lidar com o perigo, passar a dizer que pode ser desagradável, no entanto, capaz de ser enfrentado; (2) Manter-se dizendo a si mesmo o quanto os medos irracionais não o auxiliam a evitar os perigos, podendo até aumentar a chance de que eles ocorram. Percebendo também que os medos são maiores que o perigo real; (3) Perceber que, por trás da maioria dos seus medos irracionais, está o medo do que os outros pensam a respeito dele, e que este último é um medo tolo. Além disso, questionar a pertinência dos medos no presente, mesmo que tenham sido assustadores quando a pessoa era menor e mais jovem; (4)

Fazer freqüentemente as coisas que mais teme, com o intuito de provar para si mesmo que não há nenhum perigo intrínseco nesta atitude; (5) Não ficar alarmado quando medos, previamente dominados, reaparecerem temporariamente. Continuar trabalhando na sua erradicação e encarando-os honestamente até que tenham pouca ou nenhuma tendência de retornar.

A crença irracional n^o 7 é de que *é mais fácil evitar do que enfrentar algumas dificuldades da vida ou enfrentar certas responsabilidades*. Muitas pessoas pensam que é mais fácil fazer apenas as coisas que vêm fácil ou naturalmente e que são prazerosas, driblando certas dificuldades e responsabilidades. Isto é uma falácia pois:

(1) A idéia de que há um atalho para escapar das dificuldades da vida só considera a facilidade do momento da decisão e falha em considerar muitos problemas e conseqüências desagradáveis decorrentes desta evitação. Ao evitar-se uma situação de auto-exposição, por exemplo, pode obter um alívio imediato, mas perde-se a oportunidade de ter praticado e adquirido experiência em uma situação que reaparecerá, no futuro; (2) Apesar de parecer não ter conseqüências negativas e ser fácil de adotar, a atitude da evitação é na verdade longa e difícil. Inclui horas de auto-debate, auto-tortura e uma construção de planos e esquemas engenhosos antes de decidir não se arriscar em uma tarefa difícil, mas potencialmente prazerosa. O desconforto desta desistência é bem maior do que o de fazer a tarefa evitada; (3) Auto-confiança, em última análise, surge apenas através das ações e não das evitações. Temos confiança de que podemos fazer algo no futuro, porque já o fizemos, ao menos parcialmente, no passado. Evitar pode ser fácil a curto prazo, mas gerará uma existência de pouca auto-confiança; (4) Alguns dizem que uma vida "fácil", de evitações, é uma vida feliz. No entanto, a felicidade não é nem o extremo da passividade absoluta, nem a excitação intensa a todo momento, mas parece estar

ligada a existência de uma objetivo instigante, a longo prazo, com o qual a pessoa está comprometida e no qual trabalha constante e calmamente. Sendo assim, uma vida de evitações pode ser satisfatória a curto-prazo, mas dificilmente continua a ser gratificante ao longo do tempo. A vida consiste em ação, movimento, experiências, criação e as pessoas perdem muitas oportunidades de satisfação quando adotam o padrão da evitação de dificuldades e responsabilidades da vida.

Ao invés de adotar uma filosofia da evitação, uma atitude racional consistiria em: (1) Fazer as coisas necessárias sem reclamar, e deixar para fazer planos habilidosos de como evitar os sofrimentos *desnecessários* da vida. Forçar-se a fazer as coisas necessárias, convencendo-se de que *são* necessárias e se livrar delas o mais rápido possível; (2) Mesmo que evite fazer certas coisas, nunca aceitar a constatação de que é "naturalmente" ou "biologicamente" indolente, mas perceber que, por trás de cada fuga aos compromissos há uma série de auto-afirmações revelando uma ansiedade despropositada ou uma rebelião. (3) Evitar fazer as coisas através de disciplinas rígidas, mas aprimorar as atividades normais de sua rotina, através de planejamento de atividades e recompensas ao longo dos passos necessários para atingir um objetivo. (4) Saber que o descanso e a evitação são intervalos legítimos em uma vida ocupada, mas se tornam terríveis se ocupam a maior parte do tempo. Aceitar filosoficamente o fato de que uma existência de responsabilidade, desafios é, a longo prazo, mas agradável.

A idéia irracional n^o 8 é a de que *deve-se ser dependente e necessitar de outras pessoas mais fortes, em quem se poderá apoiar*. Apesar de nossa sociedade enfatizar os valores da independência e da liberdade, muitos parecem acreditar que deve-se depender e requisitar o apoio de pessoas mais fortes, em quem possa se confiar e com quem se possa contar. Esta é uma idéia irracional por diversas razões:

(1) Mesmo que seja verdadeiro que cada um de nós dependa *em algum grau* de outras pessoas, já que vivemos em uma sociedade onde o trabalho é dividido, não há motivos para se *maximizar* esta dependência e deixar para os outros o nosso trabalho de fazer escolhas e pensar. Podemos ser *cooperativos*, porém não *subservientes*; (2) Quanto mais uma pessoa depende dos outros mais ela está propensa a abrir mão das coisas que *ela* realmente quer fazer e a fazer as coisas que *os outros* desejam fazer. A dependência é, por definição, inversamente relacionada ao individualismo e à independência. Sendo assim é difícil preservar os próprios interesses e ser dependente dos outros ao mesmo tempo; (3) Quanto mais se conta com os outros para fazer as coisas, menos a pessoa tende a fazê-las por si mesmo e, conseqüentemente, adquirir novas habilidades. Sendo assim, quanto mais dependente se é, mais se tende a continuar sendo dependente. Além disso, quando se depende dos outros para se sentir seguro ou confiante, na verdade perde-se, ao invés de ganhar a auto-segurança. Isto ocorre porque a segurança verdadeira provém de saber que, não importa quantos erros se faz pois isto não torna uma pessoa menos valiosa, apenas faz parte de sua natureza falível. A dependência conduz a um círculo vicioso, de cada vez menos auto-confiança e maior ansiedade. A situação de dependência é, na verdade, um desafio constante ao senso de auto-estima e segurança; (4) Depender dos outros é colocar-se, em um grau considerável, à disposição deles e sob o controle de coisas externas a si mesmo, das quais, freqüentemente, não se tem domínio. Ou seja, se a pessoa depende de si própria para tomar decisões e agir, pode-se trabalhar e confiar-se no próprio pensamento e comportamento. Quando depende-se dos outros, não se sabe quando a dependência irá terminar ou quando eles irão partir.

Ao invés de permanecer na dependência, o indivíduo racional deve fazer o máximo para viver com os seus próprios recursos, contando com o seu próprio

pensamento e suas próprias ações. Seus objetivos devem ser: (1) Aceitar o fato de que, em alguns aspectos toda pessoa é sempre sozinha, neste mundo. Este fato não é, necessariamente terrível, assim como não o é sustentar-se a si próprio e ser responsável por suas próprias decisões. Apesar da amizade e do companheirismo, quando as coisas estão ruins, apenas a própria pessoa sabe quais são as suas necessidades básicas e urgências e somente ela pode enfrentar os problemas de sua vida; (2) Perceber claramente que não é terrível o fato de não atingir determinados objetivos e que as pessoas aprendem a partir de seus erros. Além disso seus erros não tem a ver com seu valor como pessoa. Sendo assim, a pessoa deve continuar lutando por seus objetivos, mesmo quando as chances de alcançá-los são pequenas. Também deve adotar a filosofia de que é melhor correr riscos e cometer alguns erros decorrentes de suas próprias escolhas do que vender sua alma em troca da desnecessária "ajuda" dos outros; (3) Não recusar, defensivamente ou rebeldemente, *qualquer ajuda* vinda de outras pessoas para provar que se é "forte". A pessoa deve saber procurar francamente e aceitar a ajuda dos outros - quando for realmente necessário.

A idéia irracional n^o 9 é a de que o *comportamento atual de uma pessoa é completamente determinado pela sua história passada e, pelo fato de alguma coisa haver afetado seriamente a vida da pessoa, deverá influenciar indefinidamente sobre ela*. Muitas pessoas parecem acreditar e agir segundo o princípio de que pelo fato de algo ter afetado sua vida significativamente ou ter sido importante, no passado, deverá ser assim infinitamente. Há várias razões para esta crença ser considerada irracional:

(1) Se uma pessoa se permite ser irremediavelmente influenciado pela sua história passada, está cometendo o erro lógico da hipergeneralização, ou seja, de assumir que pelo fato de uma coisa ser verdadeira em alguns casos, será, igualmente

verdadeira em todos os casos; (2) Se uma pessoa está fortemente sob influência das situações passadas, poderá adotar soluções "fáceis" ou superficiais, que foram úteis no passado, mas que são ineficazes nas situações presentes. Normalmente, há várias soluções para um problema e as alternativas têm vários graus de eficácia ou resolução. Quanto mais influenciado pelas soluções adotadas no passado, menos apto a buscar alternativas novas e mais eficazes aos problemas atuais; (3) A chamada "influência do passado" pode ser utilizada como uma desculpa poderosa para não mudar determinadas atitudes no presente. O uso desta desculpa conduz a um círculo vicioso emocional. Da mesma forma, a pessoa pode continuar recusando-se a fazer coisas que no passado, por rebeldia, se recusava; (4) Enfatizando exageradamente o significado de seus anos formativos, pode-se chegar à conclusão de que "pelo fato de ter aprendido a agir de forma neurótica, agora é muito difícil me transformar", terminando a frase com "sendo assim, é impossível ser diferente, então devo desistir e continuar sendo um neurótico. "

Ao invés de super valorizar a importância dos eventos passados e agir de acordo com estes antigos padrões, a pessoa racional poderá adotar certas atitudes:

(1) Aceitar o fato de que o passado é importante e que a pessoa é suscetível a ser influenciada por ele de várias formas, mas deve saber que *o seu presente é o passado de seu futuro*. Sendo assim, ao transformar o seu presente pode tornar o seu futuro diferente e, presumivelmente, mais satisfatório do que o momento atual; (2) Ao invés de fazer coisas no presente, porque assim as fez no passado, pode parar e pensar sobre esta repetição. Quando se sentir compelido por uma influência do passado que considera perniciosa, poderá com determinação e persistência lutar contra ela, através de argumentos verbais e através das ações: dizendo a si mesmo que não é necessário manter as atitudes do passado e se forçando a mudar o comportamento diante dessas

situações; (3) Ao invés de se rebelar se forma raivosa contra todas ou quase todas as influências do passado, a pessoa deve refletir, se questionar, desafiar e lutar contra aquelas idéias e hábitos adquiridos no passado que estão sendo prejudiciais no presente.

A idéia irracional n.º 10 é a de que *uma pessoa deve ficar muito preocupada com os problemas e distúrbios alheios*. Muitas pessoas parecem sentir que aquilo que os outros fazem ou acreditam é muito importante para as suas existências. Sendo assim, devem ficar preocupadas com os problemas e distúrbios alheios. Esta é uma noção errada em vários aspectos:

(1) Os problemas alheios têm, freqüentemente, pouco ou nada a ver conosco e não há razão porque devemos nos preocupar indevida ou excessivamente quando aqueles problemas ocorrem ou quando as outras pessoas se comportam de uma forma que *nós* achamos errado. O máximo que podemos fazer, caso haja perigo para a própria pessoa ou para outros nesses comportamentos, é informar as autoridades competentes; (2) Mesmo quando os outros são tão perturbados a ponto de fazer coisas que nos irritem ou possam nos ferir, grande parte da nossa irritação provém não do próprio comportamento da pessoa, mas de nossa idéia a respeito da *injustiça* deste comportamento, ou seja, que eles *deveriam* ter agido de forma diferente; (3) Quando ficamos irritados com o comportamento alheio nós pensamos que temos algum poder sobre as outras pessoas e que a nossa irritação irá, de alguma forma mágica alterar esse comportamento para melhor. No entanto, é lógico que não alterará. Mesmo que tenhamos grande poder em controlar e alterar a nós mesmos, nós temos pouco poder de mudar os outros. Além disso, quanto mais nervosos ficarmos com os outros, estaremos recompensando-os com uma atenção considerável, o que torna mais difícil ainda que se consiga mudar o seu comportamento; (4) Mesmo quando induzimos os

outros a mudarem com a nossa irritação e alteração emocional, nós estaremos pagamos um preço doloroso por este distúrbio que criamos em nós mesmos. Deve haver outra forma, menos auto-prejudicial, pela qual podemos, calmamente tentar argumentar sobre os comportamentos alheios que nos incomodam. Na maioria das vezes, portanto, ficar terrivelmente perturbado e alterado não auxilia nem os outros nem a nós mesmos; (5) Perturbar-se com a forma como os outros se comportam nos desviará do caminho que deve ser principal para nós: perceber como *nós* nos comportamos e as coisas que *nós* fazemos. Demorar-se na observação do comportamento alheio impedirá que cultivemos o nosso próprio jardim.

Ao invés de ficarmos irritados diante de atitudes alheias que nós avaliamos negativamente, poderíamos adotar as seguintes atitudes: (1) Perguntar a nós mesmos se vale a pena se preocupar com o comportamento alheio e se deveríamos fazer isto apenas quando nos preocupamos realmente com esta pessoa, achamos que ela pode ser ajudada a mudar ou quando achamos que somos realmente capazes de fornecer uma verdadeira ajuda ao se preocupar; (2) Quando aqueles por quem realmente nos interessamos se comportam negativamente, não devemos ficar exageradamente irritados mas, calmamente e objetivamente tentar mostrá-los os erros dos seus procedimentos e auxiliá-los carinhosamente a superar as suas incapacidades e obstáculos; (3) Se não for possível transformar as atitudes prejudiciais ou perturbadoras dos outros, devemos tentar, pelo menos, não ficarmos irritados com a idéia de estarmos sendo irritados, e nos resignarmos a viver o melhor possível dentro de uma situação difícil.

A idéia irracional nº 11 é de que *há uma solução certa, precisa, e perfeita para os problemas humanos e que é terrível se esta solução perfeita não for encontrada*. Muitos homens e mulheres modernos acreditam ter as soluções perfeitas

para as situações e que se tiverem de viver em um mundo de imperfeição e incerteza, eles não podem viver com felicidade. Esta luta pela certeza, pelo controle absoluto e uma verdade perfeita é irracional por várias razões:

(1) Dentro do que podemos afirmar, não há certeza, perfeição ou verdade absoluta no mundo. Alguns filósofos ressaltam o papel das probabilidades no mundo de forma que a luta pela certeza gera apenas falsas expectativas e uma ansiedade imensa decorrente destas expectativas. A única alternativa é aceitar esta realidade, com felicidade ou pesar, e não ficar se obrigando a alcançar certezas, soluções perfeitas ou controle absoluto; (2) Os desastres que as pessoas pensam que vão ocorrer se as soluções não forem perfeitas, são na realidade provocados pelas próprias pessoas. Isto ocorre pois, na medida em que, diante da impossibilidade de adotar a solução perfeita, o que ocorre, freqüentemente, é que as pessoas entram em um pânico intenso ou ficam paralisadas e ineficientes; (3) O perfeccionismo geralmente limita as possibilidades de solução para um problema e induz a resolvê-lo de uma forma não tão competente do que se a pessoa não fosse perfeccionista.

Ao invés de insistir que tem de haver uma solução imediata e perfeita para um problema e que a pessoa deve ter um controle absoluto sobre as exigências do mundo, uma atitude racional na resolução de problemas seria: (1) Quando uma pessoa se deparar com um problema sério em sua vida, ela deve fazer um esforço para pensar nas várias possibilidades de solução e escolher, dessas alternativas, aquela que é mais prática e realizável, em vez daquela que é "perfeita". Não deve, também, de forma perfeccionista, deter-se nos mínimos detalhes de cada alternativa, mas sim, tomar uma decisão e se comprometer com ela, após um tempo suficiente, onde foi dada uma atenção razoável a cada alternativa; (2) Aceitar o fato de que planos ou decisões radicais tendem a ser freqüentemente (embora não sempre) inadequadas ou

impraticáveis e a pessoa deve dar a devida atenção às visões moderadas, avaliar as opções entre os extremos; (3) Admitir completamente que errar é humano e que há bastante probabilidade de se tomar, especialmente em suas primeiras tentativas, decisões erradas ou medíocres e que este fato nada tem em relação ao seu valor como ser humano. Sabendo que as pessoas aprendem pelo teste e pelo erro, deve-se estar disposto a experimentar e tentar vários planos, vendo se funcionam, testando, assim, novas soluções possíveis para os problemas (Ellis, 1962).

Além da especificação de onze crenças irracionais, Ellis e Lega (1993) ressaltam que é o caráter anticientífico e dogmático dos pensamentos a principal causa de uma perturbação emocional:

(...) a pessoa escolhe converter-se em neurótica através de sua forma de pensar ilógica e pouco realista. Sem dúvida, as pessoas podem transformar este absurdo, aprendendo a pensar de uma maneira científica: construindo hipóteses ou suposições plausíveis e, posteriormente, experimentando e verificando se são corretas ou incorretas, para mantê-las ou refutá-las. Uma hipótese não é um fato, apenas uma suposição que deve ser verificada (...). Quando se demonstra falsa, deve ser descartada e formulada uma nova hipótese. Se parece correta, pode-se aceitá-la provisoriamente, mantendo sempre aberta a possibilidade de alterá-la no caso do surgimento de evidências contra (Ellis e Lega, 1993, p. 102).

Ellis aponta o principal aspecto do pensamento científico como sendo a revisão e mudança constante das teorias, com a intenção de trocá-las por idéias mais válidas e conjecturas mais úteis. Ellis diz que o pensamento científico é

(...) flexível em vez de rígido (...). Luta por uma maior verdade, mas não por uma verdade perfeita e absoluta. Se prende aos dados e à realidade (que pode se alterar em qualquer momento) e ao pensamento lógico (que não se contradiz a si mesmo buscando não manter, simultaneamente, pontos de vista opostos).

Quando possui uma forma de pensar irracional e dogmática, o indivíduo avalia a si mesmo, aos outros e ao mundo de uma forma rígida. Sendo assim, acabam por fazer exigências absolutistas, baseando estas avaliações em "eu devo...", "você deveria..." e "o mundo deveria..." (must, should). Desses "deveria" resultam *três inferências disfuncionais* que são:

- (1) O *exagero*, que é a tendência a ressaltar em excesso o aspecto negativo de um acontecimento.
- (2) o pensamento: "*não posso suportar*", que é a tendência a exagerar o aspecto insuportável de uma situação.
- (3) a *condenação*, que é a tendência a avaliar a essência ou o valor humano de si e dos outros classificando-os de "maus", associando os seus valores como pessoa aos resultados de seus comportamentos (Ellis e Lega, 1993, pg. 103).

1.3 - A disputa racional

Este paciente chama-se Carlos, tem 32 anos, é advogado, funcionário público e solteiro e apresentava, como queixa principal, fortes crises de ansiedade diante das situações em que precisava tomar decisões ou não possuía controle sobre os acontecimentos. Durante a fase diagnóstica foram identificadas duas crenças irracionais em seu sistema de crenças: (1) "Existe sempre uma solução correta, precisa e perfeita para os problemas humanos, e é uma catástrofe quando a solução correta não é encontrada" e (2) "Uma pessoa deve ser plenamente competente, adequada e realizada sob todos os aspectos possíveis para que se possa considerar digna de valor". Estas crenças levavam a um comportamento rígido e perfeccionista. Eis a transcrição de uma sessão da fase intermediária do processo:

Carlos: (visivelmente abatido e ofegante): Estou muito ansioso! Acho que me meti numa grande encrenca!

Terapeuta: Não estou entendendo. Tente me explicar o que realmente está acontecendo.

Carlos: Eu estava parado no trânsito, quando um homem foi atravessar a rua pelo meio dos carros e bateu no espelho retrovisor do meu carro.

Terapeuta: O que você pensou a respeito?

Carlos: Pensei no que ele vai fazer agora!

Terapeuta: Como assim?

Carlos: Ele vai me processar, foi um caso de atropelamento passivo com omissão de socorro! Meu Deus! E se ele se machucou? Posso parar na cadeia, perder a carteira de habilitação!

Terapeuta: E o que você pode fazer agora?

Carlos: Não sei. Não consigo decidir. Não sei se vou até a delegacia me apresentar, se procuro o hospital ou contrato um advogado para já preparar a defesa.

Terapeuta: Eu gostaria, ainda, de esclarecer dois pontos: Existe "atropelamento passivo"? E o segundo se refere à sua forma de pensar. Existe este tipo de atropelamento?

Carlos: Não sou especialista em trânsito, mas não me lembro deste tipo de infração.

Terapeuta: Então por que tanta ansiedade? Não estará ligada a sua forma de significar o que aconteceu?

Carlos: Talvez, mas eu preciso saber o que eu faço nestas situações.

Terapeuta: Como você está se sentindo agora?

Carlos: Nervoso. Muito ansioso, pois gostaria de responder o que você gostaria de ouvir.

Terapeuta: O que é que eu gostaria? Será que você sabe o que eu gostaria? Será que o importante é sempre a solução correta para as necessidades dos outros?

Carlos: Lógico! Os outros sempre sabem o que fazer. Por que eu não posso saber também?

Terapeuta: Será que os outros sempre sabem o que fazer, ou você é que acredita nesta hipótese?

Carlos: Como assim?

Terapeuta: Muitas vezes eu não sei o que fazer, e acredito que a maioria das pessoas também não sabem tudo. O que você parece não perceber é como você funciona quando está diante de uma dúvida.

Carlos: Não tinha pensado nisso. Sempre achei que as pessoas sabiam encontrar facilmente as soluções corretas.

Terapeuta: (interrompendo) Isto! E o que você faz diante de uma dúvida?

Carlos: Fico pensando em todas as alternativas possíveis. Só que nunca consigo me decidir, pois existem sempre muitas opções e quando percebo estou muito nervoso por não conseguir encontrar a solução certa.

Terapeuta: E será que as pessoas têm que sempre acertar? Será que você sempre tem que ser o perfeito? O que nunca erra?

Carlos: Acho que sim! As pessoas acertam! Eu, infelizmente, já errei antes e isso foi terrível. O que as pessoas pensariam de mim se errar novamente?

Terapeuta: Sim, eu sei que muitas vezes errar nos traz problemas e que estes nos magoam, mas você conhece alguém que nunca errou?

Carlos: Realmente não.

Terapeuta: As pessoas, Carlos, muitas vezes acreditam em idéias erradas, e que acabam por prejudicá-las na sua relação com o mundo. No seu caso, você acredita que sempre existe uma solução correta, e que só será competente se a encontrar! Esta forma de pensar é o que chamamos de pensamentos irracionais, pois te induzem a uma forma de pensamento que mais te atrapalha do que ajuda.

Carlos: Você está com a a razão! Eu sempre penso em tudo, em todas as saídas, mas nunca decido!

Terapeuta: Sim, pois por sua lógica a situação é uma, e na realidade a situação é bem diferente!

Carlos: E como! (rindo)

Terapeuta: Uma das características mais comuns ao seu humano é errar, ou você não conhece o ditado "Errar é humano"?

Carlos: Conheço, mas acho que nunca percebi seu significado.

Terapeuta: Acho que agora você pode tentar pensar diferente, ser mais maleável consigo próprio e encontrar as suas soluções, sejam elas certas ou erradas para os outros (Campos, 1995, pp. 86-87).

Na vinheta seguinte, apresentada por Dyden e Ellis (1988), o terapeuta avalia diversos eventos antecedentes ("A") buscando qual o mais importante e as crenças irracionais subjacentes a eles ("B"):

Terapeuta: Então, qual foi o seu maior sentimento naquele momento?

Cliente: Acho que fiquei com raiva.

Terapeuta: Raiva em relação a quê? (Aqui o terapeuta parte de C e busca o A.)

Cliente: Fiquei com raiva porque ele não me mandou um cartão de aniversário. (O cliente mostra o A.)

Terapeuta: E por que isto provoca raiva? (Sondando a importância da inferência sobre A.)

Cliente: Bem...ele prometeu que iria se lembrar. (A₂)

Terapeuta: Então é porque ele quebrou a sua promessa? (Sondando a relevância de A₂)

Cliente: Senti que ele não se importa muito comigo. (A₃)

Terapeuta: Vamos supor que isto é verdadeiro por um momento. E então, o que a perturba em relação a isto? (Sondando a relevância de A₃.)

Cliente: Bem, ele poderá me deixar. (A₄)

Terapeuta: E se isto ocorrer? (Sondando a importância de A₄.)

Cliente: Eu serei abandonada e ficarei sozinha. (A₅)

Terapeuta: E se você ficar sozinha? (Sondando a importância de A₅)

Cliente: Eu não poderia suportar. (Crença Irracional.)

Terapeuta: Bem, vamos retomar um instante. O que é mais perturbador para você, o evento do cartão de aniversário, a promessa quebrada, o fato de que ele não se importa o suficiente, ser abandonada por seu marido ou a situação de ficar sozinha? (O terapeuta sonda qual dos A's é o mais relevante.)

Cliente: Sem dúvida, ficar sozinha (Dryden e Ellis, 1988, p. 240).

Este exemplo mostra que a emoção da raiva está ligada a ansiedade de ficar sozinha. O terapeuta escolheu discutir (D) a crença irracional subjacente à ansiedade, mas terá de trabalhar também as crenças irracionais criadoras da raiva. É importante perceber todas as crenças irracionais inclusas no relato para que possam ser debatidas.

Como isso será feito, dependerá do estilo pessoal do terapeuta e de como cada cliente reage às intervenções (Dryden e Ellis, 1988).

2 - A TERAPIA COGNITIVA DE AARON BECK

Aaron Beck, assim como Albert Ellis, foi originariamente psicanalista, tendo formulado sua teoria a partir do trabalho com pacientes deprimidos. Inicialmente, tentou validar a hipótese de que os pacientes deprimidos manifestariam uma tendência a buscar o sofrimento devido a uma "hostilidade retrofletida" (Beck et al., 1979). Os dados de sua pesquisa levaram-no à conclusão de que os pacientes deprimidos não *buscavam* o sofrimento mas, na realidade, estes pacientes "se inclinavam, mais do que os pacientes não deprimidos, a evitar comportamentos evocadores de rejeição ou desaprovação, favorecendo respostas eliciadoras da aceitação e aprovação de outrem" (Beck et al., 1979, p. 12). Notou, através das descrições que o paciente fazia de si mesmo e de suas experiências, que ele "constantemente adotava uma construção negativa acerca de si próprio e de suas experiências de vida. Essas construções se afiguravam como distorções da realidade" (Idem, p. 13), que passaram a ser chamadas de "distorções cognitivas". Sendo assim, sua hipótese sobre a depressão concentrava-se no *conteúdo* do pensamento negativo dos deprimidos e no papel central (e não secundário aos processos psicodinâmicos) das *distorções cognitivas* na etiologia da depressão.

Enfatizando o papel dos pensamentos conscientes e das soluções adotadas pelos pacientes na resolução de seus problemas cotidianos, diz que o ser humano possui a chave para o entendimento e solução do seu distúrbio psicológico dentro do âmbito de sua própria consciência, podendo corrigir suas concepções errôneas com o mesmo tipo de solução de problemas utilizado em outros momentos de sua vida. Diferentemente da psicanálise, que considera os pensamentos conscientes como representações disfarçadas dos conflitos inconscientes (que seriam a causa dos problemas), a terapia cognitiva lida com o valor explícito, aparente (*face value*) dos

pensamentos e valoriza as estratégias usuais dos pacientes em lidar com suas dificuldades. Partindo do princípio que os problemas emocionais não são diferentes de outros tipos de problemas, são aceitas as estratégias do senso comum para lidar também com as dificuldades emocionais.

Segundo ele, as origens filosóficas da terapia cognitiva remontam aos estóicos, à filosofia de Kant e à fenomenologia. A filosofia estóica considerava que é a interpretação dos eventos, mais do que os eventos em si, que constitui a origem dos problemas emocionais. Assim como Ellis, Beck mantém a noção kantiana de uma mediação cognitiva na interpretação dos eventos externos e internos. Tanto as situações externas como as sensações físicas ou fluxos de pensamentos passam por uma interpretação que determinará a reação emocional e comportamental da pessoa. Beck, em *Terapia Cognitiva da Depressão* (1979), cita ainda demais psicólogos e filósofos que enfatizaram o papel dos significados pessoais atribuídos às situações e como através da mudança destes significados, pode-se alterar a reação diante desses eventos.

A terapia cognitiva acredita que as dificuldades emocionais são geradas, em grande parte por distorções da realidade, a partir de premissas e suposições incorretas. Estas concepções errôneas originaram-se de um aprendizado falho, ocorrido ao longo do desenvolvimento. Independentemente de sua origem, o tratamento consiste em auxiliar o paciente a desfazer-se destas distorções cognitivas e aprender uma forma alternativa mais realista de formular as suas experiências (Beck, 1967).

2.1 - A estrutura cognitiva

A terapia cognitiva postula que, para se entender a natureza de um distúrbio emocional, deve-se buscar o conteúdo cognitivo da reação emocional aos eventos desconfortáveis ou ao fluxo de pensamento (DeRubeis e Beck, 1988), ou seja, as interpretações acerca dos eventos ou dos próprios pensamentos e sensações corporais é o que está na base dos distúrbios emocionais, duradouros ou episódicos. Estes conteúdos cognitivos são conscientes ou pré-conscientes e os pacientes são ensinados a identificar e relatá-los. Dessa forma o acesso a estes eventos mentais é relativamente fácil e os clientes podem ser treinados a identificá-los (DeRubeis e Beck, 1988).

As cognições são como se apresenta, no fluxo de consciência, o resultado interativo dos **esquemas cognitivos** subjacentes e as interpretações dos eventos imediatos, ou seja, dos **pensamentos automáticos**. A cognição é o resultado de dois processos, que se complementam: a moldagem da percepção a partir dos esquemas cognitivos e o recebimento e avaliação da informação das situações imediatas. A terapia cognitiva trabalha com os dois tipos de processo. Através da identificação e correção dos pensamentos automáticos distorcidos pode se chegar ao esquemas e, ao questionar e transformar os esquemas, os pensamentos automáticos serão alterados. "O desafio da terapia é oferecer ao paciente técnicas efetivas de superar seus pontos cegos, suas percepções distorcidas." (Beck, 1967, pg.213) As noções centrais em sua formulação são as de **esquema cognitivo, pensamento automático, distorção cognitiva e reestruturação cognitiva**.

2.1.1 - Esquemas

As interpretações que um indivíduo faz do mundo estruturam-se progressivamente, durante seu desenvolvimento, formando **regras** ou **esquemas** (Rangé, 1995). Os **esquemas** são definidos como a parte mais antiga da estrutura

cognitiva, formada ao longo do desenvolvimento, através das representações de experiências passadas que servem para construir a percepção e a interpretação dos eventos. Estes orientam, organizam e selecionam a informação, sendo um crivo que permite evitar todo o complexo processamento de informações diante de uma nova situação. Os esquemas orientam e determinam a seleção dos dados relevantes do ambiente, assim como a evocação dos dados relevantes arquivados na memória (Rangé, 1992).

Segundo Goldfried:

"Em um sentido amplo, **esquema** se refere a uma representação cognitiva da experiência passada do indivíduo em relação a situações e pessoas, que eventualmente serve para auxiliar os indivíduos na construção de sua percepção dos eventos naquele domínio" (Goldfried, p. IX. Em: Freeman, 1989).

Estas representações fornecem os princípios para categorizar objetos, entender a relação entre objetos, solucionar problemas e adotar atitudes no sentido de alcançar objetivos particulares. (Nisbett e Ross, 1980; Piaget, 1948; Seiler, 1984 . Em: Epstein e Baucom, 1989)

Os esquemas podem organizar-se em constelações cognitivas que se manifestam em "prontidões (*sets*) cognitivas". Estas são estados de ativação cognitiva que prepara o indivíduo para certo tipo de atividade cognitiva, como detectar algum perigo. O estado de prontidão costuma oscilar segundo as estimulações do ambiente, no entanto, se houver a persistência de um determinado *set* esta tendenciosidade irá ativar um *modo* (Rangé, 1995).

Um *modo* significa que a pessoa está adotando uma constelação específica de esquemas, funcionando em *looping* durante um certo período de tempo (Rangé, 1995). Mesmo que as estimulações ambientais se diversifiquem, a pessoa continua interpretando as situações em torno do tema da prontidão cognitiva hiperativada, ocasionando um conjunto de sentimentos, pensamentos e ações ligados a este *set* cognitivo. No exemplo de Beck, pode-se ver como isto ocorre:

(...) se uma pessoa interpreta todas as suas experiências em termos de ser competente ou adequada, seu pensamento pode estar dominado pelo esquema "A menos que eu faça tudo com perfeição, sou um fracasso". Consequentemente, reage às situações em termos de adequação, mesmo quando elas não estão relacionadas a ser o indivíduo pessoalmente competente ou não (Beck et al., 1979, pp. 18-19).

Um *modo* de funcionamento e os esquemas a ele relacionados fazem acionar os *pensamentos automáticos*.

2.1.2 - Pensamentos automáticos

Os pensamentos automáticos são as cognições (eventos verbais ou pictóricos) que formam nossa interpretação das situações. São chamados automáticos por não passarem por um processo de reflexão sobre a adequação desta interpretação em relação aos dados disponíveis. Estes pensamentos automáticos estão ligados aos esquemas cognitivos subjacentes. Estas verbalizações (ou imagens) específicas, discretas, em estilo telegráfico, reflexas e autônomas são sentidas como plausíveis e razoáveis (Rangé, 1995).

Shiffrin e Scheiner descreveram dois tipos de processamento de informação: a *busca controlada* e a *detecção automática*. A *busca controlada* consiste em uma

forma *serial* de processar a informação, é facilmente adquirida, transformada ou revertida, enquanto a *deteção automática* processa de forma *paralela*, é difícil de ser alterada, ignorada e, uma vez estabelecida, é difícil de ser suprimida. Além disso, a *deteção automática* interfere no processamento controlado, assim como no foco de atenção (Shiffrin e Scheiner, 1977). Os pensamentos automáticos, descritos por Beck (1967) são uma forma de *deteção automática*.

Os pensamentos automáticos são a superfície da estrutura cognitiva, tendo como força motriz os esquemas subjacentes. É a forma de categorizar o mundo (esquemas) que acionará os pensamentos automáticos específicos. Sendo assim, os pensamentos automáticos são o canal para o terapeuta chegar às crenças subjacentes. No exemplo de Beck e Weishaar (1989): "*(...) um paciente com a crença 'se eu não for amado, eu não valho nada', terá uma intensificação de pensamentos automáticos negativos após o rompimento de uma relação amorosa (p. 28).*"

Estes pensamentos aparecem espontaneamente no fluxo de consciência e surgem entre um determinado estímulo e a reação emocional e comportamental da pessoa. Eles são mais estáveis e menos acessíveis do que os pensamentos voluntários. Sendo assim, os pacientes precisam ser ensinados a detectá-los. Estes pensamentos são geralmente poderosos, acompanhados do afeto e apresentam-se como consistentes e lógicos. Eles parecem verídicos e acurados, mesmo que contenham erros lógicos (distorções cognitivas) em seus raciocínios e conclusões. Devido ao seu caráter mediador entre os estímulos e respostas e a possibilidade de conterem distorções cognitivas, é dada muita ênfase a eles nos estágios iniciais da terapia (Beck e Weishaar, 1989).

2.1.3 - Distorções cognitivas

As distorções cognitivas são descritas por Beck como erros lógicos no processamento das informações que podem ocorrer nos pensamentos automáticos. Keinan (1994) diz que o sistema de processamento de informações humano é limitado. Sendo assim, erros lógicos podem ocorrer devido aos *raciocínios falhos*, *armazenamento falho de informações* e também de uma *sobrecarga de informação* (Keinan, 1994).

As distorções cognitivas de um paciente paranóico ou alguém que diz que matou o presidente são fáceis de identificar, no entanto há distorções menos óbvias de se notar. Como exemplo destas últimas, nos fala de um paciente deprimido que diz ter perdido suas habilidades de datilografar, de ler, de dirigir um carro, e, no entanto, quando engajado nestas atividades, percebe sua performance suficientemente boa. O rótulo "*distorções da realidade* se justifica pois uma observação objetiva da situação contradiz a avaliação do paciente" (Beck, 1967, p. 218). A avaliação do paciente acerca da realidade pode não estar distorcida, mas seu sistema de fazer inferências ou chegar a conclusões através de suas observações está falho" (Beck, 1967, p. 219). Ele ouve um barulho distante e conclui que alguém disparou uma arma em sua direção, por exemplo.

O trabalho clínico de identificação e reestruturação das distorções cognitivas se inicia de forma didática. Durante o processo terapêutico, o cliente é instruído acerca da diferença entre a realidade em si e uma interpretação da realidade. O ser humano só tem acesso à realidade através de interpretações, no entanto há uma série de erros lógicos que podem estar presentes nestas avaliações. Estes erros cognitivos são passíveis de serem cometidos por qualquer pessoa e ocorrem mais frequentemente nos momentos emotivos. A descrição dos erros lógicos é encontrada nos trabalhos de

diversos autores cognitivos (Beck et al., 1979; Burns, 1980). As distorções cognitivas podem ser memorizadas pelo paciente motivado e detectadas quando ocorrerem em seus pensamentos automáticos. Sendo assim, quando o erro é detectado, o paciente pode desprezar esta inferência distorcida ou questionar logicamente a validade desta inferência (DeRubeis e Beck, 1988). Abaixo está a lista das dez distorções cognitivas mais freqüentemente encontradas na prática clínica ou mesmo no cotidiano:

1. *Pensamento Dicotômico* - Avaliar as situações em categorias extremas, polarizadas. Tudo é visto como preto ou branco, sem gradações.
2. *Hipergeneralização* - Um evento único e isolado é interpretado como um padrão constante.
3. *Abstração Seletiva* - Diante de uma situação, focalizar um aspecto em particular, não considerando outros, vendo apenas o que se quer ver, como se fosse um "filtro mental".
4. *Desqualificação* - Não considerar os aspectos positivos de uma situação, que passam a ser desqualificados.
5. *Inferência Arbitrária* - Chegar a conclusões sem evidências suficientes para tal.
6. *Exagero* - Uma circunstância tem sua importância aumentada ou diminuída. Geralmente, os negativos são maximizados e os positivos minimizados.
7. *Raciocínio Emocional* - Tirar conclusões sobre a realidade, a partir de suas emoções. Desta forma, sentir-se desesperado é prova de que não há solução.
8. *Sensação de Obrigação* - Adotar ou construir regras, determinando a adequação de condutas e sentimentos não se permitindo questioná-los e realizá-los diante das diversas situações.
9. *Rotulação* - É uma forma específica de generalização, onde a qualidade de determinada ação praticada é transformada em qualidade pessoal definitiva.
10. *Personalização* - É atribuir-se a responsabilidade sobre um determinado evento, mesmo na presença de outros fatores (Lemgruber et al., 1994, p.419).

2.1.4 - Reestruturação cognitiva

Os objetivos da reestruturação cognitiva são os de corrigir um processo de informações defeituoso e modificar as crenças e suposições disfuncionais que mantêm as emoções e comportamentos desadaptativos (Beck e Weishaar, 1989) . A reestruturação cognitiva busca tornar o paciente mais consciente de seus processos cognitivos através do questionamento do fundamento de seus pensamentos e não através da persuasão. Beck e Emery (1985) sintetizam três perguntas através das quais é possível buscar as evidências que sustentam (ou não) as crenças e pensamentos automáticos, além investigar as outras interpretações possíveis da mesma situação: 1) *Quais são as evidências?*; 2) *Há outras formas de interpretar esta situação?* e 3) *E se acontecer o pior que você imagina?*.

Através da primeira pergunta é possível realizar uma análise dos erros lógicos que podem estar contidos nas cognições, além de propiciar uma verificação do conteúdo dos pensamentos automáticos em contraste com os dados objetivos da situação. A segunda pergunta possibilita o descentramento do paciente em relação à sua visão da situação e um enfraquecimento da crédito dado pelo paciente aos seus pensamentos automáticos, na medida em que passa a conceber que existem explicações alternativas para os eventos. Isto acarreta uma reatribuição das relações de causalidade. Por fim, a terceira pergunta permite que o paciente coloque as consequências imaginadas de determinada situação em uma proporção mais realista, descatastrofizando as suas previsões. Caso haja algum perigo potencial, observado pelo terapeuta e pelo paciente, esta pergunta permite que estratégias de adaptação a estas situações sejam desenvolvidas (Beck e Emery, 1985; Rangé, 1995).

Epstein e Baucom (1989) apontam quatro procedimentos para a reestruturação cognitiva: (1) Uma análise *lógica* dos argumentos, através do "questionamento socrático" (Beck et al., 1979), observando se as inferências são lógicas ou ilógicas; (2)

oferecer *explicações alternativas* para os eventos, desafiando a explicação inicial e percebendo se existem outras mais adequadas, através do teste empírico das novas hipóteses; (3) coletar *evidências* do maior número de fontes para comprovar a validade ou invalidade de uma crença e (4) calcular a *utilidade* das suposições listando as vantagens e desvantagens de adotar um determinado esquema cognitivo.

Os procedimentos adotados na reestruturação dependerão do tipo de pensamento que está sendo reestruturado. Uma pessoa poderá não constatar falta de evidências em alguma explicação, mas poderá se permitir questionar qual a utilidade, em sua vida, de uma determinada crença. Neste ponto a terapia cognitiva se difere da terapia racional-emotiva, pois busca testar empiricamente ou questionar a utilidade das avaliações, e não persuadir. Os testes empíricos são construídos juntos com o terapeuta, no que Beck chama de "empirismo colaboracionista" (Beck et al., 1979), diferenciando-se do modelo de Ellis, pois enfatiza a necessidade de uma aliança terapêutica, no sentido de **colaboração** entre paciente e terapeuta, para construírem os testes **empíricos**.

Os testes empíricos são construídos no sentido de investigar a validade de um pensamento automático. Inicialmente, delinea-se qual o pensamento que desejam testar. Por exemplo, com o pensamento: "Eu sou incapaz de concluir uma tarefa", paciente e terapeuta poderiam chegar a conclusão de que, para testar esta crença, seria necessário tentar completar uma tarefa específica. O paciente deverá anotar os resultados deste experimento, tanto em termos do que foi feito realmente como os pensamentos que o paciente desenvolve a partir do que for acontecendo. Estas informações são consideradas para se avaliar o resultado do experimento. Os resultados *reais* são comparados com as *previsões* feitas anteriormente pelo paciente.

Segundo Edwards (1989), as representações da realidade ocorrem de forma verbal ou visual e podem ser "traduzidas" e reestruturadas através de qualquer uma das formas. As imagens provenientes de sonhos ou devaneios permitem o acesso às interpretações pessoais da realidade e as distorções que elas incluem. Quando as cognições ocorrem na forma de imagens mentais, a reestruturação inclui procedimentos como: (1) a repetição das imagens para que ocorra a habituação; (2) o desligamento ou distração do pensamento imagístico através do envolvimento em outra atividade; (3) pedir a pessoa que se coloque no lugar de algum elemento da cena, e a descreva a partir deste novo ponto de vista; (4) a indução de modificações na cena, transformando a imagem visual. (Edwards, 1989; Rangé, 1995).

É importante assinalar o fato de Beck enfatizar que estas técnicas cognitivas são melhores utilizadas se atentarmos para o fato de que os procedimentos de reestruturação ocorrem em um relacionamento interpessoal, que é a relação terapêutica. Nesse sentido, algumas características do terapeuta são apontadas por Beck como facilitadoras da utilização do método cognitivo no processo terapêutico. A primeira característica é o *calor humano*. Este é percebido pelo paciente através de uma preocupação e interesse genuíno do terapeuta.

A segunda característica desejável no terapeuta cognitivo é a *empatia*, que significa a capacidade do terapeuta em penetrar no mundo do paciente e experimentar a vida de forma semelhante a dele. Dessa forma, o paciente encara o terapeuta como alguém compreensivo, facilitando a exposição de seus sentimentos e pensamentos. Na medida em que o terapeuta vivencia as atitudes e cognições negativas do paciente em si próprio, é capaz de encontrar as distorções cognitivas e os esquemas disfuncionais que houver nestes raciocínios, desenvolvendo os procedimentos necessários para reestruturá-los. Esta empatia está relacionada com a aceitação, ou seja, deve-se buscar

o raciocínio subjacente às interpretações, mas abster-se de fazer julgamentos sobre os dados fornecidos pelo paciente. A terceira característica é a *autenticidade* do terapeuta. Esta consiste na honestidade do terapeuta consigo mesmo. No entanto, é necessário habilidade em demonstrar esta autenticidade, já que um paciente que distorce freqüentemente as informações poderá perceber estes dados de forma distorcida também.

O calor humano, a empatia e a autenticidade proporcionam o desenvolvimento da confiança entre paciente e terapeuta. Ao aspecto da *confiança* soma-se o da *compreensão*. Não é apenas a confiança que facilita a eficácia da terapia cognitiva, mas também a compreensão das técnicas utilizadas, tanto cognitivas como comportamentais, ao longo do tratamento. Esta compreensão estimula a participação ativa dos pacientes no processo terapêutico e aumenta o senso de auto-domínio, na medida em que busca desenvolver a sua própria capacidade em lidar com suas dificuldades.

2. 2 - As técnicas comportamentais

Além do procedimento de reestruturação cognitiva, a terapia cognitiva incorpora técnicas comportamentais, o que faz com que esteja incluída no grupo das chamadas terapias cognitivo-comportamentais (Hawton et al., 1989). Serão apresentados os princípios dos dois tipos de condicionamento - condicionamento respondente e condicionamento operante - que estão na base das técnicas comportamentais utilizadas.

O primeiro princípio é baseado no trabalho de psicólogos russos, entre eles I.P.Pavlov (1849-1936). Estes psicólogos realizaram experimentos com cães a partir

do emparelhamento do toque de um sino e do oferecimento de comida. Após várias repetições deste procedimento, os cães começavam a salivar assim que o sino tocava, *antes* de ser dada a comida. Este fenômeno é chamado de *condicionamento clássico*. Pelo fato da comida produzir salivação antes de um aprendizado, é o chamado *estímulo incondicionado*; a resposta de salivação diante da comida é chamada *resposta incondicionada*; o som do sino é chamado *estímulo condicionado*; e a resposta de salivação ao ouvir o som do sino é a *resposta condicionada*. (Schultz e Schultz, 1992)

Pavlov também investigou o que ocorria quando o estímulo condicionado (toque do sino) não era seguido pelo estímulo incondicionado (comida). Após algumas repetições deste procedimento, a resposta condicionada (salivação ao ouvir o toque do sino) desaparecia, o que é chamado de *extinção*. Além disso, estes psicólogos descobriram que respostas emocionais como o medo podem ser condicionadas, o que gerou implicações para o entendimento e tratamento destas patologias (Hawton et al., 1989).

O segundo princípio é conhecido como *condicionamento operante* e é derivado das observações feitas por Thorndike, Tolman e Guthrie, nos E.U.A.. Em uma série de experimentos, eles perceberam que um comportamento seguido de uma recompensa tinha mais probabilidade de ocorrer novamente. Thorndike chamou de "lei do efeito", ou seja, o comportamento fica sob o controle de suas conseqüências. Skinner ampliou este princípio definindo os reforçadores de acordo com o efeito que tinham para as pessoas. *Reforçamento positivo* refere-se a uma situação onde um comportamento aumenta de freqüência pois é seguido de uma conseqüência positiva. *Reforçamento negativo* refere-se a uma situação na qual um comportamento aumenta de freqüência porque é seguido da anulação de um evento aversivo antecipado. O

comportamento diminui de frequência diante da *punição*, que é quando um comportamento é seguido de um evento aversivo ou diante da retirada de um reforço positivo (Coutinho e Figueiredo, 1987; Hawton et al., 1989; Skinner, 1953).

As técnicas comportamentais utilizadas incluem a tabela de atividades, o relaxamento, a dramatização, a modelagem, entre outras. Através dos procedimentos técnicos descritos no item 2.4, é possível perceber como ocorre a integração dos aspectos cognitivos e comportamentais ao longo da terapia. É necessário reconhecer tanto os padrões distorcidos de pensamento como os comportamentos disfuncionais. Segundo Beck et al. (1979), a utilização de técnicas comportamentais não anula a especificidade da terapia cognitiva. Eles assinalam que "a terapia cognitiva contrasta com a terapia behaviorista por sua maior ênfase nas experiências internas (mentais) do paciente, tais como pensamentos, sentimentos, desejos, devaneios e atitudes" (p.21). Ao longo do processo terapêutico, em alguns momentos do tratamento, há uma maior ênfase comportamental, enquanto em outros, maior ênfase no aspecto cognitivo (Hawton et al., 1989).

Transcreverei uma vinheta da entrevista inicial de uma paciente que apresenta queixa de ansiedade. Na entrevista, são identificados os pensamentos automáticos e o modelo cognitivo é apresentado para o paciente. No exemplo abaixo, é possível perceber como a investigação cognitiva será posteriormente complementada por técnicas comportamentais como o treinamento de habilidades específicas:

Terapeuta: Você diz que quando fica ansiosa na sala de aula, as crianças ficam descontroladas. O que acontece?

Paciente: Bem, Elas parecem perceber que estou me sentindo mal e começam a aproveitar isso. Pode virar uma verdadeira batalha em segundos.

Terapeuta: Você pode me dar um exemplo de algum dia que isto aconteceu em poucos segundos?

Paciente: Bem, não foi em segundos, mas na semana passada, foi bem rápido.

Terapeuta: Você pode me contar como foi?

Paciente: Bem, eu estava me sentindo muito mal, com tonteiras e tensa e eles ficavam cada vez mais fora de controle.

Terapeuta: O que você estava fazendo com eles?

Paciente: Eles estavam pintando e dois ou três começaram a jogar tinta. Foi então que tudo começou. Eu deveria ter notado na hora em que começou.

Terapeuta: E o que você estava fazendo ao invés disto?

Paciente: Acho que estava muito ocupada pensando em como eu estava me sentindo.

Terapeuta: Você poderia se lembrar de quais pensamentos estava tendo?

* *Paciente:* Ah, sim. Eu passo todo o tempo pensando: "Eu não posso suportar as coisas desta forma, haverá uma revolução se eu não reagir."

* *Terapeuta:* O que aconteceu naquele dia? Houve realmente uma revolução?

Paciente: Não, era hora do recreio e eu pude ir para o sala dos funcionários e me acalmar.

Terapeuta: O que você parece estar dizendo é que se você fica tensa e preocupada em sala de aula, isto afeta a sua concentração de forma que você não consegue detectar os problemas em sua formação; se algum problema ocorre você se preocupa sobre a possibilidade dele ficar fora do controle, fica mais tensa e isto acontece.

Paciente: É isto mesmo. Eu não posso fazer nada.

Terapeuta: Parece que você espera por um alívio, até que você consiga sair da sala. E acredito que isto intensifica a sua crença de que não é capaz de lidar com esta situação.

Paciente: É verdade. Eu não posso.

Terapeuta: Então precisamos elaborar o que fazer para desenvolver a sua auto-confiança para lidar com as situações no trabalho (Kirk, 1989, pp. 31-32)

As linhas assinaladas com o asterisco mostram como havia uma inconsistência no raciocínio apresentado pela paciente. A paciente fez uma *inferência arbitrária*, ou seja, chegou a conclusão de que se não estivesse absolutamente calma e no controle

dos fatos, haveria uma revolução, o que se mostrou inverídico na análise dos fatos. Este tipo de pensamento aumentou sua ansiedade. Ao ser confrontada com o que realmente ocorreu, o foco de atenção deslocou-se para o desenvolvimento de habilidades para lidar com as situações de seu trabalho.

2.3 - A emoção na terapia cognitiva

O conteúdo cognitivo das interpretações pessoais de um evento é o que conduz à resposta emocional. Dependendo dos significados atribuídos ao evento, a pessoa irá sentir-se alegre, triste, amedrontada, com raiva ou não terá nenhuma resposta emocional particular. Estas emoções irão variar de acordo com a avaliação da situação como benéfica ou prejudicial para si (Beck, 1967). Segundo Rangé (1995):

Resumidamente, pode-se dizer que qualquer emoção depende da avaliação que um indivíduo faz de uma situação. A percepção de um copo d'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") (Rangé, p. 90).

A partir da noção de *domínio pessoal*, Beck (1967) analisa e diferencia as emoções de tristeza, euforia e excitação, ansiedade e raiva, investigando os seus conteúdos cognitivos.

2.3.1 - A noção de domínio pessoal

Beck (1967) descreve o conceito de domínio pessoal como composto por objetos tangíveis e intangíveis que envolvem uma pessoa:

No centro do domínio pessoal está o conceito de uma pessoa sobre si, seus atributos físicos e características pessoais, seus objetivos e valores. Agrupados em torno do seu auto-conceito estão objetos animados e inanimados sobre os quais ele tem algum investimento. Estes objetos incluem, usualmente, a sua família, amigos, posses materiais. Os outros componentes de seu domínio variam segundo graus de abstração: desde o seu colégio, grupo social e nacionalidade até valores intangíveis como ideais relativos à liberdade, justiça e moral (p. 56)

Quanto a relação entre as emoções e o domínio pessoal, Beck diz que "*a natureza da resposta emocional de uma pessoa - ou sua perturbação emocional - está relacionada ao fato dela perceber os eventos como acrescentando, subtraindo, ameaçando ou infringindo o seu domínio*" (p. 56).

Rangé (1995) apresenta e fornece exemplos dos conteúdos cognitivos apontados por Beck (1967) para os sentimentos de tristeza, alegria, medo e raiva. Os diversos tipos de eventos que podem conduzir a estas emoções são:

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)
- f) 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 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) ataque deliberado (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) (p. 91).

Segundo Beck (1967), as mesmas condições externas podem provocar tristeza em uma pessoa, ansiedade ou mesmo raiva em uma outra. Além disso, as mesmas circunstâncias podem gerar, na mesma pessoa, diferentes emoções em momentos distintos. Isto ocorre de acordo com o significado atribuído aos eventos. Estas interpretações irão variar segundo os padrões habituais de conceitualização dos eventos e segundo o estado psicológico no qual a pessoa se encontra.

O recebimento de um comentário *crítico*, por exemplo, pode provocar tristeza ou raiva. Se a pessoa aceita a validade do comentário e este afeta a sua auto-avaliação, ela sentirá tristeza. Se o comentário é percebido como inaceitável ou injusto, ele sentirá raiva. Uma situação de *perda* pode provocar medo ou ansiedade. Se a perda já tiver ocorrido, será mais provável que ela sintase triste, mas se a perda é iminente, ela experienciará ansiedade. Quando uma situação de *ofensa* ocorre, se a pessoa interpreta a fato como a possibilidade de ser machucada ou de ficar indefesa diante dela, sentirá ansiosa. Se perceber a ofensa como uma violação de seus direitos, deverá sentir-se com raiva (Beck, 1967).

Os conteúdos cognitivos típicos que levam à ansiedade, à tristeza, ao contentamento e à raiva são encontrados nas desordens de ansiedade, na depressão, na mania e nos estados paranóides. Segundo Beck, a diferença entre as reações emocionais normais e aquelas presentes nas desordens psicológicas reside no seu conteúdo ideacional:

o conteúdo ideacional das desordens apresenta uma consistente distorção da situação real. Enquanto a resposta emocional normal é baseada em uma avaliação razoável da situação da realidade, as respostas nos distúrbios psicológicos são determinadas, em um grau muito maior, pelos fatores internos (ou seja, psicológicos) que confundem a avaliação da realidade (Beck, 1967, p.75)

2. 3. 2 - A Emoção no Processo Terapêutico

Beck enfatiza que o *objetivo* da terapia cognitiva é aliviar a angústia emocional e os outros sintomas das desordens psicológicas. O *meio* é centrar a atenção nas interpretações distorcidas do paciente e suas atitudes disfuncionais. Segundo Beck

(Beck et al., 1979) a abordagem cognitiva é freqüentemente confundida com a escola filosófica do racionalismo. Isto não corresponde a prática efetiva da terapia cognitiva. Nesta abordagem, é fundamental que o terapeuta esteja alerta para as reações emocionais do paciente - assim como das suas próprias.

Sobre o papel da emoção no processo terapêutico, Beck e Weishaar (1989) dizem que

As emoções possuem o seu papel na mudança cognitiva, já que o aprendizado é mais proeminente quando as emoções são ativadas. Dessa forma, os canais cognitivo, comportamental e afetivo interagem na mudança terapêutica. A terapia cognitiva enfatiza, no entanto, a primazia da cognição na iniciação e manutenção das transformações terapêuticas (p. 28).

Mais adiante, no mesmo artigo, Beck e Weishaar escrevem que a mudança terapêutica pode ocorrer *somente* quando o paciente está engajado na situação problemática e experimenta uma ativação emocional. As constelações cognitivas subjacentes aos afetos se tornam acessíveis e modificáveis somente ao lado desta ativação emocional. Estas cognições, que são identificadas e reestruturadas ao lado da ativação emocional são chamadas de "cognições quentes" e devem ser produzidas na sessão, através da exposição dos pacientes (técnica comportamental) às situações problemáticas.

Estes autores frisam que uma simples catarse emocional pode ocorrer ao longo de toda a vida, sem, no entanto, acarretar algum benefício duradouro. Neste ponto, há coincidência com a terapia-racional-emotiva, e seu trabalho com os episódios de raiva, quando Ellis diz que não recomenda a catarse para uma pessoa lidar com a sua raiva, mas sim a investigação da crença de que as outras pessoas tenham de agir de acordo

com as expectativas do paciente. O importante na terapia cognitiva é alcançar a ativação emocional *simultaneamente* à reestruturação cognitiva.

2.4 - Tratamento das desordens emocionais

As desordens emocionais apresentam uma configuração cognitiva específica e um padrão comportamental mantenedor do problema, que terão de ser explicados ao paciente e reestruturados ao longo do trabalho terapêutico. A configuração cognitiva é composta pelos esquemas predominantes e as distorções cognitivas decorrentes desses esquemas. Esta configuração cognitiva, segundo o modelo do processamento de informação, funciona como um filtro das informações provenientes do exterior, tais como o contato com outras pessoas e das informações provenientes do interior, tais como a interpretação das sensações corporais e dos próprios pensamentos. Segundo Beck e Weishaar (1989):

Uma tendenciosidade sistemática nos processos de informação é característico das desordens psiquiátricas. Esta tendenciosidade distorce tanto a informação "externa", como as mensagens das outras pessoas, assim como a informação "interna", como as sensações corporais durante um ataque de pânico.

Na literatura sobre a prática clínica, encontra-se aplicações da terapia cognitiva para os seguintes quadros: depressão (Beck et al., 1979); transtorno do pânico e agorafobia (Clark, 1989); fobias (Butler, 1989); distúrbio obsessivo-compulsivo (Salkovskis e Kirk, 1992), transtornos alimentares (Chanoon e Wardle, 1992); abuso de drogas (Moorey, 1992); disfunções sexuais (Hawton, 1989); problemas somáticos (Salkovskis, 1989); esquizofrenia (Perris e Skagerlind, 1995); idosos (DeVries e Thompson, 1995), entre outros.

Apresentarei, neste trabalho, a hipótese cognitivo-comportamental e o tratamento dos quadros depressivo, agorafóbico, obsessivo-compulsivo e dos transtornos alimentares. Esta escolha foi feita tanto pela grande frequência com que ocorrem na prática clínica, como por motivos metodológicos para os fins comparativos, como será visto nos capítulos 3 e 4 deste trabalho.

2. 4.1 - Depressão

Segundo Fennell (1989), a psiquiatria considerava os déficits cognitivos e comportamentais como *consequências* de um distúrbio primário de humor. Sendo assim, aqueles aspectos (cognitivos e comportamentais) não eram o foco de intervenção das práticas psicoterápicas. O modelo cognitivo, por sua vez, baseado na teoria de que o afeto e o comportamento de um indivíduo são largamente determinados pelo modo como ele estrutura o mundo, considera o distúrbio de humor uma decorrência dos padrões cognitivos disfuncionais. Estes padrões são explicados através de uma **triade cognitiva** ao lado dos **esquemas disfuncionais** e das **distorções cognitivas** (Beck, 1967; Beck et al. 1979)

A **triade cognitiva** consiste em uma visão negativa de *si mesmo*, do *mundo* e do *futuro*. A pessoa percebe a *si* como inadequado, abandonado e sem valor. Tende a atribuir as suas experiências desprazerosas a seus defeitos morais, psicológicos ou físicos, subestimando e criticando-se por tais defeitos. A visão negativa do *mundo* se reflete na crença de que exigências injustificadas e obstáculos insuperáveis estão impedindo a pessoa de atingir os seus objetivos, sendo o mundo visto como desprovido de prazer e gratificação. Esta visão é decorrente da forma como ela interpreta, tendenciosamente, as situações. Estas interpretações distorcidas são perceptíveis quando o paciente relata situações em que se pode encontrar

interpretações alternativas mais plausíveis. A visão do *futuro* é pessimista, já que a situação atual é vista como permanente, sem solução e ela acredita que provavelmente irá piorar. Ao considerar uma tarefa futura, acredita que irá falhar em sua realização (Beck et al., 1979).

Os **esquemas disfuncionais** depressivos fazem com que as situações sejam interpretadas de forma a se adaptar a eles, podendo gerar percepções distorcidas da realidade. Segundo Rangé (1995) ao adotar um conjunto de esquemas negativos a pessoa desenvolve um *modo* de funcionamento, fazendo com que o aparelho cognitivo funcione, predominantemente, em determinado estilo. Por sua vez, a presença de um *modo* depressivo faz com as interpretações da realidade sejam feitas de forma a se adaptarem a estes esquemas:

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 (Rangé, 1995, p. 98)

As **distorções cognitivas** são os erros de processamento da informação que os pacientes depressivos fazem no sentido de adaptar os dados da realidade aos esquemas negativistas. Quando se está deprimido, há uma negatividade pervasiva nos pensamentos e a pessoa acredita que suas interpretações são realmente verdadeiras (Shinohara, 1995). Segundo Beck et al. (1979), as características do pensamento

depressivo parecem análogas às descritas por Piaget (1960) para o pensamento infantil. O pensamento do depressivo é global, absolutista e moralista, invariante e irreversível. O pensamento mais amadurecido é multidimensional, relativista e não arbitrário, variável e reversível.

Os pensamentos automáticos que contêm as distorções cognitivas percorrem a mente sem nenhum esforço voluntário, tornando-se naturais para a pessoa (Shinohara, 1995). Estes pensamentos podem ser questionados e transformados através das técnicas de reestruturação cognitiva.

A avaliação da gravidade do caso é feita através da investigação dos aspectos cognitivo/afetivo, comportamental e o nível das respostas somáticas. No primeiro são avaliadas as idéias suicidas, habilidade em tomar decisões, concentração, taxa diária de choro e taxa de duração dos pensamentos depressivos. O segundo aspecto abrange o desempenho no trabalho, a interação social, frequência de eventos sociais que comparece e satisfação obtida, frequência e interesse em relações sexuais, além do engajamento em exercícios físicos. No nível das respostas somáticas são investigados: a média do número de horas de sono, agitação ou letargia, perda de peso, fadiga e apetite (Shinohara, 1995).

Para lidar com o aspecto cognitivo/afetivo, a terapia cognitiva utiliza um Registro Diário de Pensamentos Disfuncionais (Rangé, 1992) através dos quais o paciente aprende a identificar e relacionar os afetos disfuncionais, os pensamentos automáticos e verificar se há distorções. Este procedimento é feito no sentido de facilitar a identificação e reestruturação destas cognições, testando-as empiricamente. Estes registros são feitos entre as sessões já que é um procedimento usual na terapia cognitiva a construção de tarefas para serem feitas em casa.

Para lidar com o aspecto comportamental, parte-se da hipótese de que além do aspecto cognitivo, o estado de depressão está relacionado à história de reforçamento da pessoa. O repertório de uma pessoa deprimida é bastante diferenciado daquele de uma pessoa normal (Shinohara, 1995). As técnicas comportamentais são utilizadas no sentido de devolver, à rotina do paciente deprimido, atividades que sejam reforçadoras para ele. Neste sentido, utiliza-se a prescrição gradual de tarefas diárias e a avaliação do grau de prazer e mestria que o paciente experimenta ao fazê-las (Rangé, 1995). A prescrição das atividades diárias oferecem uma excelente oportunidade para o trabalho terapêutico de reestruturação das cognições disfuncionais, já que as razões apresentadas pelos pacientes para não se engajarem nas atividades, ou a forma como relatam seus sentimentos durante as tarefas revelam suas interpretações pessimistas, as distorções que fazem das informações e a forma como tomam suas interpretações da realidade como únicas e certas e não como uma das alternativas de interpretação de uma situação.

No nível das respostas somáticas, a dificuldade de dormir é um dos sintomas mais freqüentes da depressão. Muitas vezes o paciente exagera a extensão de sua insônia. Quando diz que não dormiu toda a noite, talvez tenha tido um sono leve, boa parte do tempo. Além disso o paciente pode nutrir a crença de que precisa de mais horas de sono do que são realmente necessárias. O terapeuta pode reestruturar estas cognições e frisar que o sono pode ser recuperado. Na medida em que o paciente torna-se mais ativo e melhora de sua depressão, começará a dormir melhor. O ensino do relaxamento através de instruções gravadas, visualizações ou técnicas respiratórias também é adotado (Beck et al. 1979).

A perda de apetite e do interesse sexual relacionam-se a perda generalizada do prazer em qualquer atividade. É útil informar ao paciente que, na medida em que sua depressão vai melhorando, o prazer também volta a intensificar-se. Alguns exercícios de conscientização sensorial e a identificação e reestruturação de pensamentos negativos que "estragam" a situação experimentada, são procedimentos adotados. Além disso, é necessário investigar se o paciente não está entregando-se em excesso a uma modalidade sensorial, já que isto resulta, muitas vezes na perda de prazer em outras modalidades (Beck et al., 1979).

Beck et al. (1979) enfatizam que, ao tratar dos sintomas da depressão, o terapeuta precisa estar consciente de como eles se interrelacionam e da forma que estão associados às relações interpessoais. Ou seja, diante da queixa de isolamento, pode perceber-se como o paciente ativamente isolou-se, assim como um paciente que deseja um divórcio pode buscá-lo pela crença de que livrará sua esposa do fardo que ele se tornou. Os sintomas devem ser entendidos e tratados dentro de um contexto social (as relações interpessoais significativas), relacionando-os ao aspecto cognitivo (o significado atribuído pelos pacientes às suas experiências).

Um exemplo, descrito por Beck et al. (1979), mostra como uma paciente pôde perceber as inconsistências lógicas em seu sistema de crenças. Esta paciente tentou o suicídio após ter sido traída por seu marido e ainda desejava matar-se.

Terapeuta: Por que você deseja acabar com a sua vida?

Paciente: Sem Raymond eu não só nada, não poderei ser feliz sem ele...mas eu sou incapaz de salvar o nosso casamento.

Terapeuta: Como era o seu casamento?

Paciente: Era infeliz desde o início...Raymond sempre foi infiel...Raramente o via, nestes últimos cinco anos.

Terapeuta: Você diz que não consegue sentir-se feliz sem Raymond... Você se sentia feliz quando estava com ele.

Paciente: Não, nós brigávamos o tempo todo e eu me sentia péssima.

Terapeuta: Você diz que não é nada sem o Raymond. Antes de conhecê-lo, você sentia que era nada?

Paciente: Não, eu achava que eu era alguém.

Terapeuta: Se você era alguém antes de conhecer Raymond, por que precisa dele para ser alguém agora?

Paciente: (Pensativa) Hmmm...

Terapeuta: Você tinha amigos do sexo masculino antes de conhecer Raymond?

Paciente: Eu era bem popular, naquela época.

Terapeuta: Por que você pensa que não seria popular, agora, sem o Raymond?

Paciente: Pois eu não seria capaz de atrair nenhum outro homem.

Terapeuta: Algum homem já demonstrou interesse por você, depois que estava casada?

Paciente: Muitos homens me cortejaram, mas eu os ignorei.

Terapeuta: Se você estivesse separada, você acha que esses homens ficariam interessados em você, sabendo que estava disponível?

Paciente: Acho que talvez sim.

Terapeuta: É possível que você encontre um homem que seja mais estável do que Raymond?

Paciente: Não sei... acho que é possível.

Terapeuta: Você diz que não pode suportar a idéia de terminar o casamento. É verdadeiro que você mal via o seu marido nos últimos cinco anos?

Paciente: É verdade. Eu o vi algumas poucas vezes por ano.

Terapeuta: Há alguma chance de você unir-se novamente com ele?

Paciente: Não...ele tem outra mulher. Ele não me quer.

Terapeuta: Bem, o que você realmente perde ao terminar o seu casamento?

Paciente: Eu não sei.

Terapeuta: É possível você viver melhor se terminar o casamento?

Paciente: Não há garantia disso.

Terapeuta: Você possui um verdadeiro casamento?

Paciente: Acho que não.

Terapeuta: Se você não tem um verdadeiro casamento, o que você está perdendo ao decidir terminá-lo?

Paciente: (longo silêncio) Nada, eu acho (Beck, 1979, p. 291).

Neste exemplo pode-se perceber o *pensamento dicotômico*, "sem Raymond não sou nada", seguido de uma série de *inferências arbitrárias* que foram reestruturadas através de um questionamento socrático em busca de evidências para as inferências e da procura de interpretações alternativas para a situação. É importante assinalar que em nenhum momento o terapeuta buscou a persuasão, trabalhando sempre com perguntas que permitiam a paciente confrontar as suas interpretações com a sua descrição da realidade e a formulação de interpretações alternativas.

2. 4. 2 - Fobias

As fobias, segundo o compêndio de psiquiatria de Kaplan e Sadock (1990) são consideradas distúrbios de ansiedade e descritas como "*um medo irracional resultante na evitação consciente de um objeto, atividade ou situação específicos temidos* (p. 340)". Quando expostos às situações temidas os pacientes manifestam intensa ansiedade. Gillian (1989) descreve a fobia como:

um medo persistente e excessivo de um objeto ou situação que não são realmente perigosos. Este medo resulta em um forte desejo de evitar as situações fóbicas, mesmo que os pacientes reconheçam que isto não é racional. Quando em "local seguro", os pacientes podem negar os seus medos, mas ao se depararem com aquilo que temem, acreditam estarem correndo um perigo real. Diferentemente de outros medos, as fobias são incapacitantes e desadaptativas na medida em que interferem com as atividades comuns (Gillian, 1989).

Há três tipos principais de fobias: a fobia simples, a fobia social e a agorafobia. A fobia simples consiste no medo de um objeto ou situação específicos, como medo de certos animais, altura ou sangue. A fobia social é o medo de situações onde a pessoa é exposta a possíveis críticas dos outros e teme ser humilhada ou sentir-se embaraçada. Os fóbicos sociais podem temer falar, comer ou escrever em público ou podem relatar apenas um sentimento pervasivo de desconforto quando estão em situações sociais. A agorafobia manifesta-se pela ansiedade ao estar em locais distantes de um "local seguro", que costuma ser a residência do paciente. Os agorafóbicos sentem-se ansiosos em espaços abertos e no meio de multidões e podem sentir-se mais confortáveis na presença de alguém em quem confiam. A agorafobia também pode vir acompanhada de ataques de pânico, nestes casos o tratamento é diferenciado (Gillian, 1989; Kaplan e Sadock, 1990).

Embora a origem exata das fobias não seja conhecida, considera-se (Gillian, 1989) que as fobias são medos aprendidos, adquiridos através de um condicionamento direto ou vicário (quando são aprendidos pela observação do comportamento de outras pessoas) ou pela transmissão de informação e instruções (Rachman e Seligman, 1976). Seligman (1971), a partir da observação de que existem certos temas mais comuns entre as fobias (animais, trovões, altura, distância de locais seguros, rejeição por parte de outras pessoas, etc.), formulou a teoria da "aprendizagem preparada". Segundo esta teoria, as fobias ocorrem em maior proporção ligadas a objetos ou situações que podem ter sido ameaçadores para a espécie humana ao longo de sua história evolutiva. Estes temas recorrentes são mais facilmente condicionáveis e mais difíceis de serem extintos. Além de uma "preparação" para o condicionamento aversivo de certos objetos ou situações, as pessoas possuem maior ou menor predisposição para desenvolverem uma fobia. Parentes de pessoas com distúrbios de ansiedade, por exemplo, são mais suscetíveis para desenvolvê-la (Seligman, 1995).

Há dois tipos de condicionamento envolvidos em uma fobia. O primeiro é o condicionamento clássico ou pavloviano que envolve uma associação entre um estímulo e uma resposta. Uma criança mordida por um cão sente-se assustada e com medo, passando a evitar os cães no futuro. O segundo é o condicionamento operante ou skineriano, que afirma que o comportamento é controlado por suas consequências. Sendo assim, a resposta de fuga do estímulo fóbico, na medida em que acarreta a diminuição ou eliminação da ansiedade, tende a se fortalecer. A resposta de fuga passa a ser antecipada através da evitação do estímulo fóbico. A resposta de fuga e evitação são responsáveis pela manutenção do círculo vicioso de uma fobia, como será clarificado adiante.

No entanto, nem sempre o paciente relata um único evento traumático na origem de sua fobia, mas sim uma instalação gradativa da mesma, através de experiências assustadoras ou por um aprendizado social que freqüentemente ocorreram em uma fase estressante da vida. As fobias simples comumente desenvolvem-se a partir dos medos da infância e a fobia social inicia-se freqüentemente no final da adolescência (Gillian, 1989). A Agorafobia, na maioria dos casos, aparece no final da adolescência, quando é esperada uma maior independência da pessoa, ou em torno dos trinta anos (Marks e Gelder, 1966). Segundo Marks (1969) a presença e natureza dos fatores precipitantes não terão uma relação óbvia com o curso subsequente da doença e não é necessário conhecer a exata causa de uma fobia para que ela seja tratada com sucesso.

A reação de uma pessoa no encontro com uma situação fóbica possui três componentes ou sintomas: (1) os sintomas fisiológicos como aceleração cardíaca, sudorese, tremor, respiração acelerada, tensão muscular e/ou fraqueza, desconforto no

estômago, náusea, falta de ar, etc.; (2) os sintomas comportamentais como a fuga e a evitação da situação fóbica, a paralização, etc. e (3) os sintomas subjetivos que são inferidos através do relato dos pacientes. Este tipo de sintomas inclui pensamentos do tipo "eu vou desmaiar", "vou perder o controle" e emoções como embaraço, vergonha, raiva e medo. A presença e intensidade dos três componentes varia de pessoa para pessoa (Gillian, 1989; Guimarães e Rangé, 1995).

As reações fisiológicas, comportamentais e subjetivas são adaptativas quando a pessoa se depara com um perigo real. A pessoa torna-se mais cuidadosa ao passar por uma situação semelhante e aprende com esta experiência. Estas reações tornam-se disfuncionais quando são provocadas por situações ou objetos que não são realmente perigosos. De acordo com a definição de fobia, o medo de um fóbico é desproporcional ao perigo real e as reações desencadeadas são inapropriadas para a situação (Gillian, 1989).

A ansiedade antecipatória, apreensão e o pânico são fatores que contribuem para a manutenção das fobias. Além disso, os três componentes da reação fóbica funcionam como um círculo vicioso. Este círculo vicioso é sustentado pelo aspecto comportamental da evitação, que impede que o paciente descon firme as suas previsões catastróficas sobre as consequências do enfrentamento da situação fóbica ou mesmo sobre a possibilidade de suportar os sintomas fisiológicos e subjetivos (Gillian, 1989).

A evitação mantém a ansiedade porque torna difícil o aprendizado de que os objetos ou situações temidos não são realmente perigosos, ou não são perigosos da forma ou extensão que o paciente imagina. Os pensamentos sobre os sintomas fisiológicos, ou seja, a interpretação das sensações físicas da ansiedade também são

importantes fatores de manutenção do problema. Pensamentos do tipo: "eu vou desmaiar", "há realmente algo de errado comigo" ou do tipo "eu não vou suportar ficar neste lugar", "algo de ruim vai acontecer comigo aqui" intensificam as sensações físicas da ansiedade. Segundo Guimarães e Rangé (1995), alguns estudos mostram que a maioria das pessoas experimenta certas mudanças fisiológicas após um pensamento negativo, o qual aumenta a reação fisiológica. Se este aumento das reações fisiológicas é mais uma vez interpretado catastroficamente, está instalado o círculo vicioso da ansiedade.

Segundo Marks (1969) o auxílio de outras pessoas, evitando que o fóbico se exponha à situação temida também favorece a manutenção do problema. Na ausência de tratamento, a fobia é extremamente persistente. A identificação precisa dos fatores de manutenção é necessária no sentido de planejar um tratamento eficaz.

O tratamento das fobias é feito através da dessensibilização sistemática. Este procedimento consiste no treino de relaxamento muscular, na construção de uma hierarquia das situações provocadoras de ansiedade e na visualização destas situações em estado de relaxamento. Os itens da hierarquia devem ser construídos de forma que a passagem entre eles seja suave, aumentando gradativamente o grau da ansiedade provocada. Após esta exposição imaginária, é recomendável que sejam realizadas sessões de exposição ao vivo. Nestas sessões o paciente é instruído a aproximar-se gradualmente das situações fóbicas, sem abandonar a situação, até que a ansiedade diminua. A exposição ao vivo também é feita gradualmente, através de itens de uma hierarquia de ansiedade. Também é utilizada, no tratamento das fobias, a técnica da inundação ou implosão. Esta técnica consiste na exposição do paciente, por tempo prolongado, à situação temida sem que seja permitido a esquiva ou evitação e sem a

adoção de qualquer técnica de relaxamento. Em qualquer das técnicas utilizadas, este tratamento requer do paciente motivação para eliminar o comportamento fóbico, para que algum grau de desconforto seja tolerado (Guimarães e Rangé, 1995).

As técnicas cognitivas incluem a descatastrofização - fazer com que o cliente reconheça e transforme a tendência de pensar sempre em termos da pior consequência para uma determinada situação - além da identificação e questionamento dos pensamentos automáticos e esquemas cognitivos (Guimarães e Rangé, 1995). Um dos aspectos cognitivos fundamentais são as interpretações das sensações físicas da ansiedade e as cognições antecipatórias. Por exemplo, pode ser solicitado ao paciente identificar o grau de ansiedade que ele antecipa ao se aproximar de uma situação fóbica. As respostas podem ser: " Ficarei incontrolavelmente ansioso", "Não conseguirei ficar no local por mais de um minuto", etc. É solicitado ao paciente que teste as suas previsões, reavaliando-as *após* a exposição, percebendo se estavam corretas ou exageradas. A desconfirmação das previsões diminuirá a credibilidade destes pensamentos automáticos catastróficos em futuras exposições, alterando a resposta emocional (Gillian, 1989).

O tratamento dos fóbicos sociais inclui, além da exposição e das estratégias cognitivas, o treinamento em habilidades sociais. Este treinamento é necessário na medida em que um dos componentes da fobia social pode ser a *falta* destas habilidades. O paciente pratica o ensaio comportamental das situações temidas nas sessões e tenta aplicar este aprendizado na sua vida diária (Falcone, 1995).

A agorafobia está, freqüentemente, associada aos ataques de pânico. Neste caso, é necessário um manejo destes episódios através do relaxamento muscular e de técnicas respiratórias que impeçam a hiperventilação. Além disso, busca-se

descatastrofizar as interpretações acerca das sensações físicas da ansiedade e, gradativamente, retomar as atividades que foram abandonadas no desenvolvimento do quadro agorafóbico.

É importante que os pacientes conheçam a racionalidade do tratamento e que seja enfatizado que o aspecto principal na redução de uma fobia é a aproximação e não a evitação dos objetos ou situações fóbicos. Desta forma, eles estarão preparados para lidar com o problema, caso surja em outro momento de suas vidas. Quando as fobias ocorrem em pacientes que apresentam outras desordens emocionais (como ansiedade generalizada ou depressão) ou transtornos de personalidade, podem surgir dificuldades no tratamento e outros procedimentos são necessários (Gillian, 1989).

As distorções cognitivas dos pacientes fóbicos ocorrem para acomodar os dados percebidos aos esquemas cognitivos subjacentes. Os esquemas cognitivos freqüentemente encontrados nestes pacientes são:

1) "É necessário uma segurança absoluta para se realizar algum ação." Este esquema sustenta a evitação que o fóbico efetua ao sentir-se ligeiramente ansioso ou inseguro para fazer determinada tarefa. Para o enfrentamento das situações fóbicas, é necessário que este esquema seja transformado. Este paciente poderá, por exemplo, fazer a distorção cognitiva de abstrair seletivamente e catastrofizar as interpretações, intensificando os riscos das situações que tem de enfrentar sem estar completamente confiante.

2) "A solidão é perigosa, é necessário a proteção, a companhia e o auxílio de outras pessoas, na vida." Este esquema faz parte de uma sensação ampla de fragilidade que o fóbico desenvolve na medida em que sente-se dependente de outras pessoas

para realizar as atividades que evita fazer sozinho. Este esquema pode reverter-se na medida em que o fóbico, através da exposição, avalie-se de forma diferente, passando a se sentir capaz de enfrentar estas situações temidas. Esta auto-avaliação positiva, por sua vez, pode se generalizar, fazendo com que a pessoa sinta-se mais segura de forma geral, transformando o esquema anterior.

No caso do esquema citado acima, um paciente pode, por exemplo, fazer uma distorção cognitiva de abstração seletiva, ficando muito atento aos possíveis indícios de desagrado ou rejeição que possa sofrer por parte das pessoas (devido a sua crença na necessidade absoluta de proteção) e ignorar outros indícios de concordância ou carinho.

Outros esquemas freqüentemente presentes nos pacientes fóbicos, que fazem com que um *modo* de vulnerabilidade seja ativado e distorções cognitivas sejam feitas são: "qualquer situação desconhecida deve ser considerada perigosa"; "é sempre melhor pensar no pior"; "minha segurança e meu bem estar dependem da antecipação dos perigos potenciais"; "nas situações desconhecidas eu devo estar alerta e manter-me de boca fechada"; "minha sobrevivência depende de ser sempre competente e forte"; "as pessoas estranhas atacarão se eu demonstrar fraqueza" (Beck e Emery, 1985).

2. 4. 3 - Distúrbio obsessivo-compulsivo

O distúrbio ou transtorno obsessivo-compulsivo é colocado pelo CID 10 (Organização Mundial da Saúde, 1993) entre os distúrbios de ansiedade. *Obsessões* são pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes experimentados como intrusivos e sem sentido. A pessoa tenta ignorar ou suprimir tais pensamentos ou impulsos ou neutralizá-los com algum outro pensamento ou ação. As pessoas

reconhecem que as obsessões são produto de sua própria mente. As *compulsões* são comportamentos repetitivos, conscientes, padronizados e recorrentes tais como contagem, conferência ou evitação. É também chamado de ritual compulsivo devido a sua forma estereotipada, ou seja, deve ser feito sempre de determinada maneira. A pessoa reconhece que seu comportamento é excessivo e que é irracional (Salkovskis e Kirk, 1989).

Há alguns tipos mais freqüentes de obsessões e compulsões. De uma forma geral, o primeiro tipo seria uma obsessão ligada às idéias de *contaminação* ou *sujeira* e a compulsão de lavar as mãos ou tomar diversos banhos por dia. A segunda seria uma obsessão ligada a *dúvidas*: "deixei o fogão aceso, o ferro de passar ligado, a porta trancada?" e a compulsão de *verificação* que inclui repetidas verificações e retornos ao lar para verificar.

Outros temas freqüentes são os ligados a *violência*: "se eu ficar sozinho com meu bebê, acho que vou fazer algum mal a ele"; ao *sexo*: "eu vou cometer um estupro"; à *religião*: "estou oferecendo isto ao diabo" e à *ordem*: "se eu não fizer isto de tal forma, nesta ordem, terei de fazer tudo de novo." As compulsões correspondentes a estas obsessões são: evitar ficar sozinho com a criança, evitar pensar em temas sexuais, rezar e oferecer as coisas a Deus, e repetir a ação até acreditar que encontrou a ordem ou a posição adequada dos objetos (Salkovskis e Kirk, 1989).

Os comportamentos compulsivos são executados como resposta aos pensamentos obsessivos. Os pensamentos obsessivos geram ansiedade, por exemplo: "*Acho que contraí AIDS ao cumprimentar determinada pessoa*". A compulsão destina-se a neutralizar esta ansiedade ou impedir alguma situação temida, entretanto,

ou a atividade não está relacionada de forma realística com o que ela foi designada a neutralizar ou impedir, ou é claramente excessiva. No caso citado, a pessoa poderia lavar a mão várias vezes ao longo do dia. No caso, a AIDS não se transmite desta forma e, há um desperdício de tempo na quantidade exagerada de lavagens.

Quando a pessoa neutraliza sua ansiedade através de pensamentos "bons" ou atos compulsivos, ela consegue aliviar a ansiedade temporariamente, mas cria um círculo vicioso, onde, cada vez que tiver um pensamento de perigo, será compelida a executar a compulsão. Desta forma não aprenderá a lidar com a ansiedade, que é um sentimento funcional, ou seja, a ansiedade pode servir como um alerta aos perigos reais da vida. Além de não aprender a lidar com a ansiedade, também passará a evitar os lugares ou as situações que possam provocar estes pensamentos e compulsões. Os rituais podem consistir em comportamentos manifestos, como as lavagens e verificações, mas também podem assumir a forma de comportamentos cognitivos, como ter um "bom" pensamento após a intrusão obsessiva (Salkovskis, 1992).

Os pacientes portadores do D.O.C. manifestam uma angústia intensa por sentirem que não tem controle sobre os pensamentos obsessivos e não conseguem deixar de realizar as compulsões para neutralizar a ansiedade. Eles sentem-se compelidos a realizar o ritual compulsivo cada vez que surgem as obsessões e isso faz com que evitem situações que possam despertá-los, ou gastar muito tempo na realização dos rituais, como demorar duas horas tomando banho, ou vinte minutos lavando as mãos, além de repeti-los várias vezes ao dia. As evitações e o desperdício de tempo levam a um prejuízo na qualidade de vida, podendo afetar a rotina, o funcionamento profissional e até mesmo as atividades sociais.

Segundo o compêndio de psiquiatria Kaplan e Sadock (1990), a prevalência do D.O.C na população é de 0,05%. No entanto esta estimativa pode não ser fiel, devido ao silêncio dos pacientes. Eles podem sentirem-se envergonhados pelo conteúdo dos pensamentos obsessivos e podem ter medo de serem considerados loucos e serem internados.

Segundo o modelo comportamental, a ocorrência dos comportamentos compulsivos impede que o paciente se exponha a ansiedade despertada pelos pensamentos obsessivos, o que, por sua vez impede a habituação. Em termos cognitivos, o paciente não tem como desconfirmar as crenças obsessivas. Por exemplo, um paciente que acha que se não lavar as mãos de determinada maneira contaminará os seus filhos. Na medida em que repete muitas vezes esta seqüência, ele *acredita* que realmente conseguiu proteger os filhos daquela forma. Portanto a compulsão de lavar as mãos evita que ele teste as suas crenças. Somente quando ele não lavar as mãos e seus filhos não forem contaminados é que ele poderá perceber que seus temores são infundados (Salkovskis, 1992).

Salkovskis (1992) apresenta uma hipótese cognitiva na qual propõe que os pensamentos intrusivos são um fenômeno normal. Estes não tem imediatamente conotações positivas ou negativas, mas adquirem estas propriedades como um resultado da avaliação. Sendo assim, os pensamentos intrusivos somente desencadeiam um afeto positivo, negativo ou neutro dependendo da avaliação feita pela pessoa acerca destes pensamentos. O pensamento pode ser considerado como uma atividade caótica, uma constante formulação de hipóteses acerca do mundo. Este pensamento caótico é útil na resolução de alguns problemas ou nas atividades criativas. Esses pensamentos espontâneos surgem e se vão, só permanecendo aqueles que tiverem alguma utilidade. No entanto, esta atividade desordenada do pensamento pode assustar aquelas pessoas que tem regras rígidas acerca do que se pode ou não

pensar, afligindo as pessoas que conferem uma responsabilidade excessiva aos seus pensamentos, como se eles pudessem provocar algum mal para si ou para os seus. Esta combinação entre regras rígidas com as quais as pessoas se auto-proíbem de pensar sobre algum tema ou conteúdo específico, ao lado desta espontaneidade da natureza do pensamento é que cria este padrão obsessivo-compulsivo de pensamento e ação. Segundo Salkovskis:

Estas pessoas são descritas por Rachman e Hodgson (1980) como tendo "consciência delicada" e que, portanto, são sobremaneira sensíveis aos modos pelos quais os pensamentos intrusivos podem infringir suas crenças rígidas, e como sendo particularmente propensas a tentarem sentir-se obrigadas a corrigir quaisquer infrações. Portanto, a interação dos pensamentos intrusivos e crenças rígidas pode resultar no padrão característico de pensamentos e comportamento neutralizador que se desenvolve nos transtornos obsessivos (Salkovskis, 1992, p. 65).

O aspecto cognitivo do paciente portador de D.O.C. inclui uma consciência aguçada quanto a necessidade de se tomar muito cuidado com o que se pensa e faz, de forma que este esquema cognitivo gera um modo de funcionamento hipervigilante, preocupado e ruminativo. A tomada de responsabilidade também é algo que aflige os obsessivo-compulsivos, o que faz com que muitas vezes a responsabilidade seja passada adiante. Os pacientes passam a conceder as atividades como fechar à chave, ou verificar algo para outras pessoas, além de buscar constante reassseguramento, tornando outra pessoa (considerada como responsável, podendo ser o próprio terapeuta) consciente dos detalhes de suas ações ou pensamentos recentes (Salkovskis, 1992).

O tratamento do D.O.C. consiste na exposição e prevenção de respostas. Após construir uma hierarquia das situações ou objetos evitados, de acordo com o grau de ansiedade ou urgência de neutralização, o paciente deve ser exposto a todas estas

situações ou objetos que desencadeiam os pensamentos obsessivos. Por exemplo, um paciente que evita tocar nas maçanetas pois tem de lavar a mão várias vezes e de determinada forma após tocá-las, deve se aproximar delas. Concomitante à exposição, a resposta compulsiva deve ser prevenida de forma que o paciente se habitue a exposição e sua ansiedade diminua ou desapareça ao longo do exercício. Ou seja, de acordo com o exemplo descrito acima, não é permitido ao paciente lavar as mãos em seguida.

Quando as compulsões são encobertas, os rituais de neutralização do pensamento obsessivo são também pensamentos, por exemplo, diante do pensamento de alguém morto a pessoa tem de pensar nesta mesma pessoa viva. As técnicas utilizadas são da habituação através da prevenção da resposta encoberta e a parada de pensamento. Na exposição e prevenção de respostas, o paciente deve evocar deliberadamente os pensamentos obsessivos nas sessões ou escrevê-los ou ainda gravá-los em uma fita cassete e ouvi-los sem realizar o processo cognitivo neutralizador.

A parada de pensamento é uma estratégia que busca por de lado os pensamentos intrusivos, diminuindo a sua duração. Este procedimento também tem o efeito de aumentar o senso de controle do paciente, reduzindo o desconforto. A parada de pensamento deve ser acompanhada de um programa que evite a busca de neutralizações e evitações. Esta técnica é baseada no fato de que há pensamentos intrusivos normais e anormais. Na medida em que a duração dos pensamentos obsessivos é reduzida *sem efetuar neutralizações*, estes pensamentos intrusivos tornam-se mais "normais" e um senso de controle sobre eles é adquirido. A parada de pensamento é conseguida através da associação de uma palavra, por exemplo, a palavra "pare", assim que os pensamentos obsessivos surgirem. Este procedimento é,

inicialmente, praticado na sessão e o terapeuta fala, em voz alta a palavra escolhida. Após o treino o paciente passa a dizer esta palavra, mentalmente, em sua vida diária, assim que surgir um pensamento obsessivo. Este procedimento é descrito detalhadamente em Salkovskis e Kirk (1989).

Além das técnicas comportamentais, alguns fatores devem ser investigados no aspecto cognitivo como: a forma que o paciente está avaliando os seus pensamentos intrusivos, por exemplo: "Se tenho este tipo de pensamento violento é porque no fundo tenho este desejo e, se não ficar vigilante, posso realizá-lo"; os comportamentos que o paciente faz no sentido de passar adiante responsabilidade; busca de reassseguramento por parte dos outros, reduzindo a sua responsabilidade por causar danos e ocorrência de rituais mentais (encobertos). Deve ser buscada a alteração destes padrões através da modificação de avaliação dos pensamentos intrusivos, do aumento da exposição à responsabilidade e pela cessação da busca de reassseguramento (Salkovskis, 1992).

Os esquemas cognitivos, freqüentemente encontrados nestes pacientes, envolvem os temas da perfeição, controle, da preocupação com os erros, do controle através do pensamento e das regras: "existem comportamentos, decisões, e emoções certos e errados"; "errar significa não ser digno e merecer críticas"; "é necessário ter o controle sobre si a todo momento"; "é possível prevenir situações desagradáveis e perigosas através dos pensamentos ou rituais "; "as regras e a ordem são necesssárias". *A sensação de obrigação* é distorção cognitiva mais freqüente.

2. 4. 4 - Transtornos alimentares

Os distúrbios alimentares caracterizam-se por perturbações no padrão alimentar que incluem a pica, o distúrbio de ruminação na infância, a anorexia nervosa e a bulimia nervosa. Pica e distúrbio de ruminação na infância são, primariamente, distúrbios de crianças pequenas. Já a anorexia nervosa e a bulimia nervosa começam tipicamente na adolescência ou no início da idade adulta. A anorexia nervosa e bulimia nervosa são distúrbios aparentemente correlatos e são os que serão analisados adiante (Kaplan e Sadock, 1990).

A anorexia nervosa e a bulimia nervosa são transtornos intimamente relacionados, cuja caracterização inclui intensa preocupação com a forma corporal e o uso de estratégias para evitar o ganho de peso. A anorexia nervosa é caracterizada especialmente por severo emagrecimento, enquanto a bulimia nervosa, por freqüentes episódios de excessos alimentares (Organização Mundial da Saúde, 1993; Channon e Wardle, 1994).

Segundo o DSM-IV (American Psychiatric Association), a anorexia nervosa caracteriza-se por: (1) uma recusa em manter o peso mínimo normal adequado à idade ou altura, chegando a um nível menor do que 85% do esperado; (2) medo intenso do ganho de peso; (3) perturbação na percepção da imagem corporal quanto ao peso. A pessoa pode dizer estar gorda, enquanto está abaixo do peso e (4) amenorréia (Fairburn e Cooper, 1989; Duchesne, 1995).

Os critérios diagnósticos da bulimia nervosa são: (1) episódios recorrentes de *binge-eating*, que consistem em comer grandes quantidades de comida em um curto período de tempo; (2) sensação de falta de controle sobre o comportamento alimentar durante estes episódios; (3) constante auto-indução de vômitos ou o uso de laxativos ou diuréticos ou a prática de exercícios vigorosos para evitar o ganho de peso; (4)

uma média mínima de dois episódios de *binge-eating* por semana, ao longo de três meses e (5) O distúrbio não ocorre exclusivamente durante os episódios de anorexia nervosa (American Psychiatric Association. Em: Duchesne, 1995).

As principais características presentes tanto na anorexia nervosa como na bulimia nervosa são: (1) extremas preocupações quanto ao peso e ao corpo avaliando este quase exclusivamente em termos de peso; (2) presença de comportamentos ligados ao controle de peso como dietas rigorosas, vômitos auto-induzidos, uso excessivo de laxantes e diuréticos, prática de exercícios vigorosos (especialmente na AN) e (3) episódios de bulimia (especialmente na BN). Outros aspectos psicopatológicos freqüentes são: (1) a presença de sintomas depressivos e ansiosos; (2) sintomas obsessivos (especialmente na AN); (3) dificuldades de concentração e (4) funcionamento social prejudicado (Fairburn e Cooper, 1989).

Tanto a anorexia nervosa como a bulimia nervosa parecem ser secundárias às idéias hipervalorizadas em relação à forma e peso corporais. Estas idéias aparecem associadas a determinadas distorções cognitivas, que levam os pacientes a interpretarem quaisquer pequenas transgressões alimentares como evidência da perda total de controle alimentar, o que os leva a abandonar de vez o controle sobre os hábitos alimentares. Estas idéias hipervalorizadas e as distorções cognitivas devem ser identificadas e reestruturadas para um tratamento eficaz (Fairburn e Cooper, 1989).

Algumas distorções cognitivas presentes nestes pacientes são (Garner e Bermis, 1982):

* *abstração seletiva* - "Eu sou uma pessoa especial se for magra"; "ontem eu me descontrolei no jantar, sou realmente uma pessoa fraca".

* *hipergeneralização* - "Quando eu comia carboidratos eu era gorda. Então tenho de evitá-los totalmente para ser magra."; "quando eu tinha o peso normal eu não era feliz, então se eu ganhar peso agora não me sentirei bem".

* *exagero* - "Não serei capaz de suportar o comentário de que ganhei peso"; "se engordar um quilo não poderei mais usar roupas justas".

* *pensamento dicotômico* - "Ou eu tenho o controle absoluto sobre minha alimentação, ou não tenho controle nenhum"; "ou eu sigo uma rotina rígida, ou tudo irá ser caótico em minha vida".

* *personalização* - "Observei duas pessoas rindo e falando baixo quando eu passei, elas devem estar comentando que eu estou fora de forma"; "quando vejo uma pessoa obesa, preocupo-me se ficarei como ela".

Algumas características da AN e da BN tem um componente fisiológico e provavelmente são um resultado direto do estado de inanição. Estas incluem preocupação com alimentação, episódios de abuso alimentar, humor deprimido e irritável, sintomas obsessivos, dificuldade de concentração, redução dos interesses em geral, diminuição da libido e evitação social. Muitos destes sintomas desaparecem a partir da restauração do peso normal, no entanto os episódios de excesso alimentar e as características depressivas podem não se alterar. Nestes casos, acredita-se que há uma co-morbidade (Fairburn e Cooper, 1989).

A avaliação do caso e sua gravidade são feitas através da investigação dos seguintes fatores (Channon e Wardle, 1994):

* *gordura corporal* - dados a cerca da adequação do peso segundo tabelas de peso ideal.

* complicações físicas da perda de peso - fraqueza muscular, suscetibilidade a infecções, amenorréia, osteoporose, etc.

* complicações físicas dos vômitos auto-induzidos e do abuso de laxantes - erosão dentária, doença renal, arritmias cardíacas, desinervação e atonia do cólon, etc.

* comportamento alimentar - tipo de alimento ingerido e padrão de alimentação (regular X irregular, evitação de determinados alimentos, velocidade da ingestão, orgias alimentares, frequência das orgias, etc.)

* comportamentos compensatórios às orgias alimentares - vômitos, uso de laxantes e diuréticos, tipo e frequência de exercícios, etc.

* respostas afetivas - ansiedade, depressão, baixa auto-estima, tendência à obsessão.

* fatores cognitivos e perceptuais - idéias supervalorizadas sobre magreza e forma corporal, medo de comer e ganhar peso, preocupação com alimentos, etc.

Os programas de tratamento cognitivo-comportamental são baseados nas técnicas para a redução da ansiedade, , automanejo do comportamento e modificação de crenças mal-adaptativas. Os componentes comportamentais do tratamento são enfatizados pois os jejuns e vômitos precisam ser controlados. Apresentarei uma síntese dos procedimentos terapêuticos para a bulimia nervosa e para a anorexia nervosa. A descrição pormenorizada destas técnicas pode ser encontrada na bibliografia citada.

O tratamento da anorexia nervosa tem como uma das metas, a restauração do peso. A quantidade de alimento ingerido deve ser gradualmente aumentada, estabelecendo um padrão regular de alimentação, que pode ser introduzido gradualmente. Inicialmente este procedimento é feito em conjunto com o terapeuta e,

na medida em que melhora, o paciente deve assumir a responsabilidade por sua alimentação (Duchesne, 1995).

A diminuição da restrição alimentar aumenta o medo que o paciente tem de engordar. Deve-se fazer, então, uma monitoração do peso. Este procedimento permite que o paciente comece a avaliar mais realisticamente a quantidade de comida que pode ingerir mantendo, no entanto, o seu peso estável. Neste sentido, também é importante desenvolver uma mudança na atitude que estes pacientes tem em relação a seu próprio corpo. Eles devem questionar o seu conceito de imagem corporal ideal, percebendo a distância entre os formatos ideais veiculados pela mídia e o que é realmente encontrado (Duchesne, 1995).

Segundo Duchesne (1995), os bulímicos, pelo fato de tenderem a ter mais dificuldades de suas dificuldades, são mais motivados para o tratamento. O sentimento de perda de controle durante os episódios de *binge-eating* é muito estressante e a possibilidade do aprendizado de técnicas de auto-controle pode ser um fator motivacional. Uma das técnicas de auto-controle é adquirida através da prevenção e exposição de resposta. O paciente é exposto a diversas situações que provocariam os ataques aos alimentos e os vômitos, graduadas segundo uma hierarquia de ansiedade, e é impedido de realizar estes comportamentos. Durante este procedimento, que é feito inicialmente no consultório e depois em casa, o paciente deve estar consciente de seus pensamentos e sentimentos, que influenciam o seu comportamento.

É importante detectar as situações estressantes, os sentimentos e os pensamentos críticos para o desencadeamento dos ataques aos alimentos e os vômitos. Pode-se utilizar o Treino em Solução de Problemas e um Treino em Habilidades

Sociais para ensinar o paciente a lidar com estas situações. Além disto, são desenvolvidos procedimentos no sentido de eliminar o uso dos laxantes e diuréticos.

Duchesne (1995) enfatiza que:

É importante fazer o paciente orientar-se para o processo e não para o resultado. Os ataques não desaparecerão abruptamente, sendo mais provável a ocorrência de uma gradual redução a partir da prática das habilidades aprendidas. Uma única estratégia provavelmente não eliminará os ataques e os vômitos e no processo de tratamento falhas ocorrerão, devendo ser encaradas como oportunidades de aprendizagem (p.194).

Os comportamentos desadaptativos dos anoréxicos e dos bulímicos estão associados a padrões de pensamento distorcidos - já apresentados acima - que são significativos para o desenvolvimento e manutenção do transtorno. Deve buscar-se modos alternativos de raciocínio e as crenças subjacentes e idéias supervalorizadas sobre o peso e formato corporal devem ser reestruturadas.

Sobre o processo de reestruturação cognitiva, Duchesne aponta que:

Argumentos e evidências que questionam as crenças disfuncionais devem ser identificados. Tanto as crenças disfuncionais como os pensamentos alternativos, mais realistas, devem ser encarados como hipóteses que terão sua validade examinada por meio de experimentos comportamentais, como por exemplo: listar as pessoas que considera felizes e bem sucedidas e avaliar se são mais magras que o paciente, ou ingerir pequena quantidade de comida "perigosa" para avaliar se isso o fará engordar descontroladamente (1995, p. 196).

3. A ABORDAGEM CONSTRUTIVISTA

Este movimento é recente na história da terapia cognitiva, tendo sido apresentado a partir da década de 80. Consiste na incorporação ou revisão dos aspectos desenvolvimentais, interpessoais e questionamentos epistemológicos relativos a visão de conhecimento, realidade e verdade, em relação aos modelos anteriores.

O termo construtivismo é utilizado, neste contexto como uma família de teorias a respeito da mente e seus processos que (1) enfatizam a natureza ativa dos processos de percepção, aprendizagem e conhecimento; (2) concebe a primazia dos processos abstratos (tácitos) sobre os concretos (explícitos)² nas experiências sensoriais e racionais; (3) considera que o aprendizado, o conhecimento e a memória são fenômenos que refletem as tentativas contínuas do corpo e do cérebro de organizar (e reorganizar infinitamente) seus próprios padrões de agir e experienciar. Padrões estes que são inegavelmente relacionados às mudanças do mundo a sua volta (Mahoney, 1991).

Na corrente construtivista há o movimento denominado co-construtivista. Vasconcelos e Valsiner (1995) trabalham com esta perspectiva que provém da junção de duas tradições: o construtivismo e a sociogênese.

"Na perspectiva co-construtivista há a tentativa de entender o sujeito em desenvolvimento através da integração de diferentes paradigmas, porém, sempre, *como capaz de construir o novo*. Afirmar isto significa apontar a importância de novas construções no processo contínuo do desenvolvimento do próprio sujeito" (Vasconcelos e Valsiner, 1995, pg. 19).

²Os termos *tácito* e *explícito* serão clarificados adiante.

A crítica que fazem ao construtivismo é a de não considerar os aspectos sociais, universalizando uma determinada formulação de estruturas cognitivas, desconsiderando o contexto social. Hans G. Furth diz que o mundo não é uma realidade fixa e muito menos um ambiente físico particular, mas um mundo de construções individuais transformáveis, ou melhor, um mundo de co-construções sociais (Furth, 1987. Em: Mahoney, 1991).

Mahoney, por sua vez, distingue os construtivistas radicais dos construtivistas críticos. Os primeiros, acreditam que não há realidade além daquela percebida, o conhecimento não reflete uma realidade objetiva, mas a forma e organização do mundo experienciado por nossos sentidos. Os construtivistas críticos, por sua vez, não negam a existência e influência do desconhecido porém inescapável mundo real. Para o construtivismo crítico, o indivíduo não é um construtor isolado de sua experiência, ele é um co-construtor, co-criador das realidades pessoais. O prefixo *co-* enfatiza a interdependência interativa em relação a seu meio físico e social (Mahoney, 1991). O construtivismo crítico será analisado e por mim adotado neste trabalho.

Os autores construtivistas dividem as atuais abordagens cognitivas em dois grupos: aqueles que adotam um modelo associacionista e lidam com estruturas superficiais e aqueles que adotam uma metateoria construtiva e trabalham com estruturas profundas. O primeiro grupo de terapias busca a modificação de autoafirmações e comportamentos desadaptativos, substituindo-os por outros mais adaptativos. É adotada uma estratégia de reestruturações intelectuais e experienciais para esta modificação. Os trabalhos de Albert Ellis e Aaron Beck são apontados como exemplo deste grupo (Guidano, 1988).

O segundo grupo busca um novo paradigma, dentro da abordagem cognitiva, no sentido de enfatizar os aspectos ativo, gerativo e intencional dos processos de conhecimento. O procedimento de avaliação consiste em identificar as **estruturas profundas** que propiciam uma organização totalmente individual do conhecimento, visando a coerência e estabilidade. Estas estruturas estão integradas em uma visão do self e do seu contato com o mundo. A estratégia terapêutica é a busca de modelos alternativos para o self e o mundo, de forma que estas estruturas profundas possam ter uma articulação mais flexível e adaptativa (Guidano, 1988).

3.1 - A formação dos esquemas cognitivo-emocionais

Regras tácitas e regras explícitas do conhecimento

Guidano (1987) diferencia dois níveis de conhecimento: o nível tácito e o nível explícito. O nível tácito é que aparece em primeiro lugar no curso do desenvolvimento individual. A infância e os anos pré-escolares são caracterizados por uma apreensão imediata e global, por parte da criança, de si mesmo e do mundo. Nesta apreensão imediata e global a capacidade de verbalização, abstração e consciência reflexiva não são encontradas. O conhecimento tácito é composto de regras que podem ser não-verbais e que são formadas por apreensões pré-lógicas. Progressivamente, ocorre a elaboração de um nível de consciência mais articulado e explícito. Este processo é lento e gradual culminando na possibilidade de raciocínios abstratos e formais. O nível explícito, por sua vez, é o conhecimento capaz de ser verbalizado. Gradualmente, uma relação dinâmica entre os dois níveis começa a se instalar. Neste momento as regras tácitas e profundas que guiam a percepção da própria pessoa e do mundo podem passar a ser verbalizadas e só assim podem ser reestruturadas.

Os níveis de conhecimento tácito e explícito não são concebidos como duas polaridades de um mesmo *continuum*, mas sim como dimensões distintas do conhecimento que interagem reciprocamente. "*O conhecimento tácito é primário e mais fundamental. Constitui o marco sobre o qual o conhecimento explícito pode desenvolver-se*" (Miró, 1994). O conhecimento tácito é aquele sobre o qual não podemos falar. Ryle (1949) diferencia entre *saber como* e *saber o quê*. O conhecimento tácito é *saber como*, é um conhecimento prático.

O nível tácito de conhecimento exerce forte influência na forma como se percebe e estrutura o mundo. No desenvolvimento humano, as habilidades cognitivas aparecem no final de um longo processo. Neste processo, a emoção é a primeira forma de organizar a experiência e ativamente perceber regularidades ou padrões do ambiente. Bem antes de desenvolver qualquer habilidade verbal, as crianças possuem a capacidade de sentir as emoções e expressá-las através das expressões faciais, vocais e motoras. A experiência subjetiva emocional é o resultado da conexão entre as emoções, percepções e ações, que irão constituir os esquemas emocionais.

Esquemas emocionais são configurações estruturais que possuem uma representação mnemônica que funcionam como um padrão contra o qual os dados sensoriais recebidos são comparados e adquirem sentido (Guidano, 1987, p. 26).

Os esquemas emocionais são conjuntos de regras tácitas que incluem em sua composição além das expressões motoras, determinadas tendências para a ação, como será visto adiante. A partir deste conhecimento tácito, prático, providenciado pelos esquemas emocionais, são construídos, ao longo do desenvolvimento, os esquemas cognitivos-emocionais. Através destes esquemas cognitivo-emocionais, percebemos nosso próprio self e adquirimos nossa visão do mundo. Estas regras tácitas continuam

a orientar e formatar nossa experiência até o momento em que possamos torná-las explícitas e reestruturá-las, acrescentando novas informações aos esquemas tácitos anteriores. Esta forma de vermos a nós mesmos e ao mundo é o que Guidano (1987) chama de *identidade pessoal*.

Identidade pessoal

A *identidade pessoal* é formada por este conjunto de regras tácitas que estão subjacentes ao conhecimento explícito. Um trabalho terapêutico eficaz deve lidar com ambos os níveis do conhecimento, tornando explícito o conhecimento tácito e buscando reestruturar estas organizações tácitas, mudando a constituição da própria identidade pessoal. Na medida em que a identidade pessoal é reestruturada, é possível haver uma mudança terapêutica duradoura. Uma mudança terapêutica duradoura é aquela que irá permitir que as novas informações do ambiente sejam incorporadas e transformadas, através de esquemas cognitivo-emocionais e de uma identidade pessoal mais flexíveis.

A identidade pessoal é constituída a partir da distinção entre um self e um não-self. Este processo ocorre na presença e na interação com outras pessoas, de forma que uma interação estável entre o self e os outros é um elemento essencial para a construção de padrões de auto-reconhecimento. Segundo Popper e Eccles (1977), assim como uma pessoa aprende a se reconhecer no espelho, a criança se torna consciente de si mesma ao olhar o seu reflexo no espelho da consciência dos outros sobre ela. Sendo assim, a instância dos relacionamentos interpessoais possuem um papel crucial no desenvolvimento da identidade pessoal.

A teoria do apego de John Bolby será utilizada por Guidano e Liotti (1983) na formulação de seu modelo estrutural. Esta teoria fornece um suporte conceitual para o entendimento do desenvolvimento humano em um modelo integrado. A teoria de Bolby será utilizada no sentido de entender como os relacionamentos interpessoais precoces moldam o conhecimento tácito. O padrão de apego familiar é o contexto onde serão desenvolvidas as futuras habilidades emocionais e cognitivas e o veículo através do qual informações sobre o self e o mundo se tornam disponíveis. No modelo estrutural de Guidano e Liotti, será visto como os padrões de apego disfuncionais estão relacionados com o desenvolvimento de padrões cognitivo-emocionais-comportamentais rígidos e problemáticos.

A identidade pessoal é uma instância integrativa que define as funções regulatórias de interação com as experiências. A forma como se percebe a realidade, e a nós mesmos inseridos nesta realidade, depende essencialmente de como vemos e concebemos a nós mesmos. A distorção cognitiva estaria aí deslocada de seu papel central das primeiras abordagens, para um papel superficial em termos de intervenção terapêutica. O centro da abordagem seria a identidade pessoal e sua função regulatória nas interpretações sobre o self e o mundo. As terapias construtivistas alteram a visão de mudança, que passa a ser estrutural, ao invés de localizada. O processo de mudança passa a ser descrito como uma alteração nesta estrutura da identidade pessoal, respeitando as suas características limitativas, como a necessidade da coesão de uma visão de self e sua relação com o mundo.

No processo de construção da identidade pessoal há uma figura de apego *principal*, em relação a qual os processos de identificação são vivenciados. Estes processos, que são compostos de uma tendência "para fora", (que seria o processo de identificação) e de uma tendência "para dentro" (que seria o processo de identidade)

fornece um senso de *unidade e unicidade*. Guidano (1987) apresenta os trabalhos de Hoffman (1971, 1975, 1978) para sintetizar os processos de identificação e de identidade:

Inicialmente, o self é indiferenciado e se depara com o mundo tão confuso e ininteligível como o próprio self. A capacidade de reconhecer informações relevantes sobre si mesmo, através das semelhanças percebidas entre a sua própria percepção contínua e a percepção de uma pessoa significativa (processo de identificação), parece ser função de uma "tendência para fora". Por outro lado, a elaboração de um senso de self genuíno também requer um retorno desta fonte de identificação. Esta "tendência para dentro" envolve uma habilidade de transformar as semelhanças percebidas em relação à figura de apego em um atributo pessoal estável (processo de identidade). (...) neste processo, criam a sua própria e única identidade pessoal subjetivamente coerente (Guidano, 1987. p.33)

Esta noção da necessidade de *coesão do self* em uma identidade pessoal faz com que se altere a visão de resistência às mudanças vitais, entre elas a mudança terapêutica. Se o construto da identidade pessoal tem a função de manter um senso de unidade, a resistência às mudanças é um sinal de integridade do self, no sentido de buscar coesão, coerência. Sendo assim, o trabalho terapêutico tem de caminhar ao lado desta tendência, ao invés de considerá-la um empecilho. A resistência não é vista como uma falta de motivação ou de colaboração terapêutica, mas sim como uma tentativa de proteger esta sensação de coesão de self, ou seja, de proteger a identidade pessoal (Neimeyer, 1995).

3.2 - Disfunção cognitiva

Ao longo da vida, nossas idéias, valores, forma de solucionar os problemas, enfim, os diversos processos cognitivos humanos passam por contínuas

transformações e adaptações. Estas transformações ocorrem a partir da interação entre nossas estruturas cognitivas prévias e os novos dados da realidade que vão sendo processados e integrados. Quando a forma de lidar consigo e com a realidade apresenta-se rígida e impede que novos dados sejam processados e que a identidade pessoal sejam transformada, a pessoa passa a interagir com a realidade de forma repetitiva e estereotipada. A assimilação de novas experiências acabam por ser bloqueadas o que acaba por gerar uma desadaptação em relação ao ambiente. Segundo Beutler e Guest (1989) a disfunção cognitiva é:

(...) o resultado de uma experiência fragmentada. Fenomenologicamente, novas experiências são impedidas de ser incorporadas e falham em afetar as visões anteriores se elas forem muito discrepantes da informação anterior ou se desafiam conceitos e crenças fundamentais sobre si mesmo e sobre os outros. Uma vez excluídas, elas interferem no processamento de novas informações, constituindo um filtro restritivo, por onde a nova experiência é selecionada, impossibilitando a adaptabilidade do organismo (p. 134).

A noção de disfunção cognitiva está ligada aos esquemas cognitivo-emocionais. Na medida em que o conhecimento tácito não é explicitado e reestruturado, a forma de incorporar os novos dados permanece ligada a esta organização anterior. Sendo assim, os novos dados muitas vezes não são incorporados para que não desconfirmem os esquemas anteriores. Os construtivistas buscam perceber o processo pelo qual os novos dados são incorporados ou rejeitados. No processo terapêutico deve-se focalizar nestes processos. Segundo Beutler e Guest (1989):

Mais importante do que o conteúdo da vida cognitiva da pessoa, dessa forma, é o processo através do qual a pessoa descarta ou reincorpora as novas experiências.

Estas são rejeitadas e isoladas de uma incorporação nas estruturas cognitivas presentes através de um processo de emparelhamento seletivo. O emparelhamento determina se importantes elementos da nova experiência se adaptam às crenças anteriores. (...) na medida em que a nova experiência falha em se adaptar às crenças prévias (conteúdos cognitivos) a nova informação é oclusa (um processo cognitivo) e a vida emocional da pessoa se torna fragmentada devido a fracasso do esquema em passar por uma reorganização natural (Beutler e Guest, 1989, p. 136).

Além disso, não há crenças ou processos cognitivos universais que constituem os padrões cognitivos disfuncionais. É o caráter desadaptativo destes processos a cada contexto específico, que confere o status de disfunção cognitiva. Guidano e Liotti (1983) ressaltam o caráter contextual das disfunções cognitivas:

O conceito de disfunção cognitiva não se refere a uma entidade "absoluta", mas sim a alguma coisa que é relativa ao contexto histórico e social; em particular, os códigos que uma matriz cultural específica fornece aos indivíduo para que eles interpretem os seus males emocionais são evidentemente importantes neste sentido. A dimensão "psicológica" do indivíduo pode ser considerada como uma das dimensões constituintes da cultura ocidental, esta que se tornou parte efetiva da construção social da realidade (p.115, nota de rodapé).

Guidano e Liotti (1983) mostram como diante de significados culturais diferentes, os males emocionais também são nomeados e trabalhados de formas particulares em cada uma destas culturas:

Como apontado por Berger e Luckman (1966), em uma cultura que descreve amplos domínios da realidade social baseados em misteriosos e invisíveis jogos de força extrahumanos, os indivíduos estarão propensos a reconstruir suas dificuldades pessoais em termos de "possessões demoníacas" ou como a "vingança de espíritos ruins". A cultura ocidental, no entanto, descreve um conjunto completo de instrumentos conceituais (ansiedade, neurose) que permite aos seus membros definir

as crises pessoais e das outras pessoas em termos de distúrbios psicológicos ou "doenças" (p.115, nota de rodapé).

As disfunções cognitivas estão inseridas em uma organização maior que é a coesão do próprio self. Desta forma, o processo terapêutico não é só transformar antigos padrões, mas ao reestruturar, construir uma nova estabilidade, proveniente de uma visão mais flexível do self. Veremos, mais adiante, como estes conceitos de disfunção cognitiva, conhecimento tácito, identidade pessoal, teoria do apego e respeito a um senso de coesão do self irão constituir uma forma de específica de trabalho terapêutico.

Antes de apresentar a forma dos construtivistas trabalharem com as emoções e a compreensão dos transtornos emocionais e técnicas terapêuticas do modelo estrutural de Guidano e Liotti, é necessário clarificar que o construtivismo é, além de um conjunto de teorias e técnicas psicológicas, um conjunto de pressupostos filosóficos onde a psicoterapia é praticada (Anderson, 1990). Estes pressupostos são mais o resultado de um conjunto de questionamentos acerca de uma visão de conhecimento, realidade e verdade, do que uma criação teórica individual.

3.3 - Terapias construtivistas e a visão pós-moderna

A abordagem construtivista está inserida em uma tendência cultural da pós-modernidade. A pós-modernidade é caracterizada pela convivência das múltiplas realidades, em contraposição à visão moderna de que, entre as divergentes visões religiosas, políticas, científicas, haveria uma única visão verdadeira. Neimeyer (1993b) diz que os diferentes sistemas de crença eram considerados, em uma visão moderna, como mais do que uma abstração ou sistema conceitual contingente, mas

como afirmações verdadeiras e indubitáveis que diziam respeito à natureza da realidade em si. Sendo assim, nos debates modernos havia *"a convicção de que alguém possuía a verdade, tinha os fatos de seu lado, era movido pela fé verdadeira ou tinha o conhecimento mais genuíno sobre a realidade última"* (Neimeyer, 1993b, p.269).

A característica da pós-modernidade, pelo contrário, é descrita por Neimeyer como a convivência com a diversidade cultural baseada na concepção de uma construção social da realidade:

O que é distintivo de nossa era pós-moderna é uma suspeita crescente de que todas as formas de crença - sejam religiosas, políticas ou científicas - são, em última análise, construções sociais. Mais do que refletir objetivamente uma realidade última e trans-humana, nossas doutrinas, projetos culturais e teorias científicas são, cada vez mais, vistos como *criações humanas, sujeitas a todos os tipos de falhas que isto implica* (1993b, pp. 269-270).

As terapias construtivistas refletem uma visão pós-moderna em vários aspectos. Primeiro, em sua postura integrativa que faz com que recolha contribuições de diferentes fontes como a filosofia, os estudos sobre os processos interpessoais e sobre as emoções, entre outras contribuições. Em segundo lugar, pela forma como serão tratadas as noções de verdade, realidade e conhecimento, o que irá marcar uma *abordagem terapêutica contextualizada e transformável* e onde a formulação da psicopatologia e seu tratamento, será sempre transpassada pelo uso simbólico da linguagem. Ou seja, a linguagem, inclusive a científica, não é concebida como o reflexo ou representação da realidade, mas uma das formas simbólicas possíveis de organizá-la. Segundo Gould (1987):

Todas as grandes teorias são expansivas, e todas as noções, assim tão ricas em amplitude e implicação, têm por base concepções acerca da natureza das coisas. Podemos chamar essas concepções de "filosofia" ou "metáfora" ou "princípio organizador", mas uma coisa elas certamente não são - não são meras induções a partir de fatos observados do mundo natural (p.21).

Desta forma, o construtivismo enfatiza a característica humana de produtora de significados, ou melhor, co-produtora social de significados, considerando as próprias teorias científicas como metáforas úteis para um processo terapêutico de reconstrução de significados pessoais.

Um paradigma construtivista se opõe à concepção de um ser humano passivo diante de um conjunto de processos associativos que irão compor seu panorama cognitivo. Segundo Guidano (1995b) o conhecimento é evolutivo e decorrente da *atividade* do organismo em sua interação com o mundo. Segundo Muran e Safran (1993), os seres humanos estão constantemente agindo sobre o ambiente e adquirindo as informações acerca deste através de suas ações. Há uma ligação integral entre a cognição e ação, o que proporciona uma organização ativa da experiência.

O conhecimento é concebido como o resultado de uma construção da experiência e da ação da pessoa, que busca novos enquadres interpretativos e que, por sua vez, permitam novas ações. Além disso, o crescimento do conhecimento não é uma acumulação progressiva de dados sobre o mundo real, mas sim, a expansão desses enquadres interpretativos. O conhecimento é considerado válido não pela correspondência com a realidade, mas através da coerência interna de suas teorias e

da concordância entre os observadores. Sendo assim, não há um conhecimento único e verdadeiro, mas possíveis interpretações sobre a realidade que permitem uma ação mais ou menos eficaz para determinados objetivos.

Segundo Neimeyer (1993c), a cognição humana é considerada, pelas abordagens cognitivas "tradicionais" como um fenômeno meramente reativo, ou seja, passivo, na formação de "mapas" cognitivos que espelham as relações dos eventos que são observadas no mundo real. De forma oposta, os construtivistas acreditam que o conhecimento humano é ativo, no sentido de que impõe as formas e regularidades à experiência percebida. Os construtivistas citam o filósofo Karl Popper (1972), que diz que há determinadas disposições e expectativas no processo de conhecimento. Estas disposições constroem a própria percepção sensorial. Por exemplo, na medida em que determinadas situações podem ameaçar a sobrevivência, os organismos estão predispostos geneticamente a detectar mais rapidamente estes estímulos. Sendo assim o conhecimento é resultado de uma construção que antecipa e que enquadra determinado contexto experiencial. As noções de conhecimento, realidade e verdade estão intimamente relacionadas. Partindo da concepção de conhecimento do construtivismo, podemos perceber como a noção de realidade e de verdade podem ser entendidas.

A noção de realidade sustentada pelos construtivistas é condizente com a divisão kantiana de uma realidade dos *númenos* e uma realidade dos *fenômenos*. O ser humano não tem um acesso à realidade das coisas em si (realidade dos númenos); a percepção do que é real decorre de uma estrutura cognitiva que imprime formas à realidade. Sendo assim, não há um acesso *direto* às coisas em si, mas um acesso *mediado* ou *indireto* a elas. Esta é chamada realidade dos fenômenos, que não é a

realidade das coisas em si, mas uma realidade percebida por um ser humano de poderes cognitivos limitados.

Ao longo desse estudo, foram encontradas diversas denominações para a visão construtivista acerca da natureza da realidade: ontologia relativista (Mahoney, 1991), ontologia dialética (Gonçalves, 1995) e realismo indireto (Miró, 1994). Segundo Mahoney (1991) a natureza da realidade em uma perspectiva construtivista é relativa. A realidade é uma construção individual e coletiva que busca conferir uma organização para a experiência. Sua concepção se opõe a visão que considera a realidade única, estável, universal e externa ao sujeito.

Gonçalves (1995) afirma que os construtivistas não deixam de ser realistas. No entanto, sua visão de realismo é hipotética, crítica e representativa. Ou seja, as explicações sobre a realidade são consideradas sempre hipóteses e sujeitas a reinterpretações. O caráter representacional apontado por Gonçalves diz respeito ao conhecimento indireto, representacional não é utilizado por ele no sentido de cópia da realidade, mas no sentido de inacessibilidade do conhecimento direto do mundo. É um realismo dialético, já que o conhecimento da realidade não ignora a existência de um mundo físico, mas acredita que o ser humano não conhece esta realidade diretamente, resultando em um aspecto objetivo e outro subjetivo que não se distinguem no conhecimento da realidade. Assim também é descrito, por Miró (1994), como um realismo indireto, que enfatiza a inacessibilidade do conhecimento da realidade em si.

Sendo impossível de se atingir *diretamente* a realidade, chega-se a impossibilidade de sustentar uma visão de conhecimento como *verdadeiro* ou *certo*, na medida em que verdadeiro e certo sejam entendidos como representações fiéis do objeto conhecido. Não é coerente sustentar uma pretensão à verdade como

correspondência com a realidade. É necessário uma nova conceitualização, ou seja, novos critérios da noção de *verdade* baseados na consistência dos argumentos em relação às teorias precedentes, no consenso entre observadores e no seu valor pragmático. Sendo assim, a verdade não é única, mas sim histórica e contextual.

É importante apontar uma outra característica acerca da noção de realidade indireta e dialética: na medida em que nomeamos e construímos o conhecimento das coisas, conferimos algumas características a elas e passamos a lidar com elas de forma específica. Ou seja, este acesso à realidade é dialético no sentido de que existe uma realidade física que nos causa um impacto mas também existem um conjunto de significados que *constroem* esta realidade e que determinam nossas ações.

Guidano e Liotti (1983) ressaltam que todas as teorias (inclusive as psicológicas) determinam, em largo grau, a forma que as experiências assumem. Isto clarifica o porque tanto as explicações sobrenaturais assim como as psicológicas são percebidas como experiências "reais" para o indivíduo. Ambos os fenômenos correspondem à *realidade subjetiva* e também à *realidade objetiva de uma contexto social específico*. É precisamente devido a esta correspondência, através de um *consenso social* que valida os significados pessoais, que o fenômeno adquire as características que servem para defini-lo como "real".

3.4 - A emoção no processo terapêutico

Segundo Greenberg e Safran (1989) vários teóricos demonstraram que há certas emoções primárias, identificadas através de expressões faciais e gestuais, que são encontradas em diversas culturas. Adota-se a hipótese de que as emoções são

produtos da evolução, sendo respostas adaptativas, permitindo a sobrevivência, na medida em que eram uma orientação para a solução de problemas.

A emoção é vista como tendo uma natureza motivacional, sendo uma tendência para ações rápidas, ou seja, podendo gerar ações imediatas. Nos seres humanos, esta tendência para a ação imediata é mediada por processos cognitivos complexos que elaboram estas tendências para a ação na forma de experiências emocionais conscientes e na forma de ações intencionais. Segundo este modelo, as emoções humanas são vistas como uma síntese de diversos níveis de processamento emocional e cognitivo que podem levar, potencialmente, a comportamentos adaptativos. Segundo Muran e Safran (1993), há um conjunto de configurações motoras e expressivas que correspondem as diferentes emoções. Por exemplo, o medo gera a tendência de ação de fugir e a raiva gera a tendência de agredir. Estas tendências buscam a auto-proteção do organismo.

Determinadas pesquisas (Ekman, 1972; Ekman e Friesen, 1975) apontaram para a existência de algumas emoções básicas, entre elas, o medo, a raiva, a tristeza, o espanto, o nojo e a alegria. No entanto, Greenberg e Safran (1989) acreditam que a experiência emocional de um adulto não se restringe a essas emoções e suas tendências motoras, mas são elaboradas em formas de emoção mais sutis como o amor, o orgulho, a inveja e a humildade, por exemplo.

É importante assinalar que a experiência emocional é vista como uma reação imediata do organismo ao seu ambiente, não passando por uma avaliação conceitual (cognitiva) anterior, como a teoria cognitiva de Aaron Beck defende. Segundo Beck (1967), os sentimentos são decorrentes das interpretações das situações. Para os construtivistas, esta avaliação cognitiva é *posterior* à experiência emocional, sendo

que esta avaliação torna-se mais e mais sofisticada na medida em que o organismo se desenvolve. Sendo assim, a experiência emocional passa a englobar um aspecto expressivo e motor (expressões faciais, tonalidade de voz, tendências para determinadas ações), uma ativação autonômica (aceleração de batimentos cardíacos, sudorese) e uma avaliação cognitiva (simbolização, interpretação) e é codificada em esquemas cognitivo-emocionais que incorporam estes aspectos.

O trabalho terapêutico consiste em perceber como estes esquemas cognitivo-emocionais estão construídos, já que podem haver construções problemáticas. Greenberg e Safran (1989) dizem que para se trabalhar com as emoções, escolhendo entre identificar, intensificar, modificá-las ou simplesmente não se concentrar em uma determinada emoção, é necessário diferenciar quatro tipos de experiência emocional.

O primeiro tipo constitui-se de respostas emocionais adaptativas primárias. Estas experiências fornecem informação sobre o ambiente e geram tendências para ações adaptativas. Por exemplo, a tristeza diante de uma perda é uma emoção que gera a tendência de busca de reparo para o que foi perdido. Estas emoções devem ser identificadas e intensificadas na terapia, pois auxiliam na soluções de problemas de modo mais eficaz.

O segundo tipo diz respeito às reações emocionais secundárias. Contrariamente às reações emocionais primárias, geralmente não são adaptativas, e são uma defesa ou reação aos processos emocionais primários. Por exemplo, chorar diante de uma frustração, enquanto a reação primária seria a raiva. Enquanto a tendência de ação primária gerada pela raiva é a luta pelo alcance de seus objetivos, a resposta do choro não contribui, na maior parte dos ambientes adultos, para a conquista dos mesmos. Estes processos emocionais secundários não devem ser focalizados ou

intensificados, mas sim ultrapassados para que se possa atingir os processos emocionais primários subjacentes e suas respectivas tendências para a ação.

O terceiro tipo de respostas emocionais são as respostas emocionais instrumentais. Estas são as respostas aprendidas no sentido de influenciar os outros. Por exemplo, chorar para conquistar afeto ou simpatia ou demonstrar raiva para dominar. Estes processos emocionais não devem ser intensificados, mas sim clarificados e diferenciados das reações emocionais primárias.

O último tipo de respostas emocionais comporta as respostas aprendidas e desadaptativas em relação ao ambiente. Por exemplo, o medo diante de estímulos inofensivos ou a raiva diante do carinho. Estas respostas emocionais desadaptativas podem ter sido aprendidas diante de situações traumáticas e/ou de circunstâncias extremamente negativas na infância. Estas emoções não devem ser intensificadas, no entanto devem ser identificadas com o objetivo de promover uma mudança posterior.

Greenberg e Safran (1989) enfatizam que os processos emocionais em psicoterapia são de importância central na compreensão e promoção das mudanças terapêuticas. No entanto, a emoção não apresenta um papel simples, único e uniforme nestas mudanças. Sendo assim, não podemos perguntar de forma global sobre o papel da emoção no processo terapêutico, mas sim entender os diversos tipos de processos emocionais e, caso devam ser transformados, por quais tipos de intervenção deverão sê-lo. Segundo Greenberg e Safran (1989), a intervenção emocional pode ser entendida através de cinco classes de procedimentos, envolvendo diferentes atitudes e processos de mudança.

A primeira classe de procedimentos é a *síntese e conscientização de respostas emocionais previamente desconhecidas*. Ao "entrar em contato" com determinada emoção, além de reconhecer o aspecto expressivo e autonômico destas emoções, a pessoa passa a perceber as tendências de ação que estas emoções promovem, aumentando assim, o repertório de suas respostas às situações vitais enfrentadas. A importância da conscientização de determinado afeto é baseada na natureza adaptativa das respostas emocionais e na importância de entrar em contato com este tipo de informação para a solução de problemas. Um organismo que desconhece as informações afetivas, não está preparado para reagir adaptativamente. Por exemplo: uma pessoa que não entra em contato com a emoção da raiva e as tendências à ação que ela suscita, possui um repertório de ações mais limitado e menos adaptado às situações de agressão. O entendimento e conscientização das tendências desconhecidas de ação concedem um novo ímpeto para a ação e satisfação de necessidades. Sem o conhecimento de certas emoções e desejos, além de prejuízo na busca de satisfação, a pessoa sente-se vazia, confusa ou fragmentada. Os construtivistas ressaltam que o descobrimento de uma emoção é tanto entrar em contato com estas expressões motoras, ativações autonômicas e tendências de ação desconhecidas, assim como o a criação de uma síntese consciente desta emoção, através da simbolização e expressão da mesma de forma aceitável pela pessoa.

A segunda classe de procedimentos é a *evocação da emoção*. Neste processo, busca-se intensificar a emoção através de métodos expressivos. Por exemplo, pode se evocar a experiência da raiva buscando promover a assertividade ou a experiência da tristeza, para promover o comportamento de busca de proximidade e conforto. As emoções são evocadas com o objetivo de entrar em contato com as tendências para a ação que estas emoções despertam, tendências que são posteriormente elaboradas na forma de respostas comportamentais que podem estar faltando para um paciente. A

evocação de uma emoção pode ser conseguida através de técnicas verbais como a ênfase de determinadas frases do paciente ou de técnicas não-verbais como a visualização ou a utilização de música ou desenho.

Os procedimentos acima dizem respeito às respostas emocionais que devem ser conhecidas e intensificadas, ou seja, as respostas adaptativas primárias. A terceira, quarta e quinta classe de procedimentos, dizem respeito as emoções secundárias e/ou desadaptativas.

A terceira classe de procedimentos é chamada por Greenberg e Safran de *reestruturação emocional*. Este procedimento consiste na transformação dos esquemas cognitivo-emocionais problemáticos, ou seja, aqueles que os pacientes apresentam como uma fonte de sofrimento. Para se reestruturar um esquema cognitivo-emocional, é necessário que ele seja primeiramente identificado e vivenciado. Por exemplo, as respostas emocionais problemáticas deve ser vivenciadas para que possam ser reestruturada. Busca-se esta reestruturação a partir de novas informações, acrescidas ao esquema anterior, da conscientização e da criação de novos significados para as experiências. A diferença de uma reestruturação emocional para a reestruturação cognitiva proposta por Aaron Beck é que, na reestruturação emocional, são mobilizados, além dos conteúdos cognitivos, as expressões e tendências de ação de uma emoção. Acredito ser mais preciso chamar este procedimento de reestruturação cognitivo-emocional.

O quarto tipo de procedimentos é o *acesso às cognições relacionadas aos estados emocionais*, ou seja, as cognições que surgem nos momentos em que se aprofunda uma experiência emocional. Estas cognições são chamadas de "quentes" por estarem acompanhadas de intensa ativação emocional. Uma vez que a experiência

emocional é aprofundada, as crenças nucleares são ativadas e, ao entrar-se em contato com elas, pode se entender como estes pensamentos constroem a vivência pessoal. Mais do que um procedimento específico, esta conduta deve orientar o terapeuta ao longo de todo o seu trabalho, no sentido de que quanto mais ligada a emoção (quanto mais "quente"), mais vívido é o acesso aos pensamentos e mais intensa é a possibilidade de mudança terapêutica.

O quinto tipo de procedimento envolve a *modificação* das respostas emocionais primárias. Apesar da natureza geralmente adaptativa das respostas emocionais primárias, pode haver situações onde estas respostas tenham se tornado disfuncionais ou desadaptadas. Uma pessoa pode sentir medo de estímulos inofensivos, por exemplo. Esta modificação envolve toda rede cognitiva, emocional e comportamental, podendo ser utilizadas as técnicas de exposição, reestruturação cognitiva e modelagem.

Os princípios utilizados para o acesso, intensificação ou transformação das emoções são: (1) dirigir a atenção para a experiência interior. (2) perceber a experiência interior através de outros ângulos; (3) incentivar esta percepção centrada da emoção; (4) analisar a expressão; (5) simbolizar a experiência e (6) estabelecer intenções, ou seja, construir formas de lidar com as emoções (Greenberg e Safran, 1989).

3.5 - O modelo estrutural de Guidano e Liotti: o construtivismo na prática clínica

O modelo estrutural confere grande importância ao aspecto emocional do desenvolvimento, alterando o papel central da cognição, defendido nos modelos anteriores. Através do padrão de apego vivenciado na infância, o ser humano constrói

seus esquemas cognitivo-emocionais. Estas organizações cognitivo-emocionais, desenvolvidas dentro de uma relação interpessoal, podem ser desadaptativas. A partir de uma perspectiva desenvolvimental, Guidano e Liotti (1983) fazem uma classificação das quatro principais organizações cognitivas que refletem padrões disfuncionais de apego. São elas: (1) a organização cognitiva depressiva; (2) a organização cognitiva agorafóbica; (3) a organização cognitiva obsessiva-compulsiva e (4) a organização cognitiva das desordens alimentares.

Uma vez que o aspecto emocional é enfatizado por Guidano e Liotti, a teoria do apego de Bolby é utilizada como uma base teórica para esta articulação entre a emoção e o desenvolvimento dos esquemas cognitivos. Na visão de Bolby, a criança é programada geneticamente a buscar estimulação e se ligar a pessoas significativas que lhe proporcionam proteção e amparo. Esta necessidade de relacionamentos interpessoais e a importância do apego para a vida do homem é um dos fatores que possibilita que, através dos relacionamentos interpessoais significativos que estabeleça em sua vida, o ser humano possa se transformar continuamente.

Apresentarei a formulação dos autores³, mostrando como estas organizações cognitivas se desenvolvem e também as estratégias terapêuticas. Esta formulação permitirá a comparação com a compreensão dos transtornos emocionais e das técnicas de tratamento da terapia cognitiva de Beck, e da terapia-racional-emotiva, já apresentadas.

3.5.1 - A organização cognitiva depressiva

³Apresentarei a formulação estrutural de forma bastante condensada, já que este é apenas um dos tópicos de comparação com os modelos anteriores. Para um estudo detalhado deste modelo e das suas estratégias terapêuticas, a bibliografia citada deve ser consultada.

Guidano e Liotti investigam os aspectos comportamental, cognitivo e desenvolvimental da depressão. O aspecto comportamental é marcado por uma diminuição na frequência dos comportamentos e pela evitação da participação em atividades anteriormente presentes na vida do paciente. Mesmo nas depressões marcadas pela agitação, o paciente não consegue permanecer em uma atividade. Em geral, as atividades prazerosas são as primeiras a serem abandonadas, seguindo-se o abandono das demais atividades podendo acarretar uma apatia total. Guidano e Liotti (1983) ressaltam que, através desta inércia os pacientes *ativamente* cortam as suas possibilidades de reforçamento. Ou seja, para os autores, os pacientes possuem energia para fazer as atividades, mas *optam* por "poupar esforços". Este aspecto será entendido adiante, a partir da investigação dos aspectos cognitivos.

O aspecto cognitivo apresentado por Guidano e Liotti, inclui a *tríade cognitiva* (apresentada no capítulo anterior) acrescida de um quarto aspecto. Além das visões negativas do futuro, do mundo e de si, há um desejo de "poupar esforços".

As cognições negativas que relacionam-se aos sentimentos são compreendidas dentro de uma estrutura hierárquica, organizadas em torno da *identidade pessoal*. A identidade pessoal constitui-se de uma série de esquemas cognitivo-emocionais desenvolvidos em um padrão de relações interpessoais infantis. É através do vínculo emocional (attachment) que os esquemas cognitivos da identidade pessoal são desenvolvidos. O desejo do deprimido de "poupar esforços" é analisado dentro desta visão estrutural e hierárquica da cognição. É em torno da identidade pessoal que os aspectos cognitivos e emocionais serão analisados, em vez de uma série de relações causais entre cognições e sentimentos. É a identidade pessoal que determinará os processos pelos quais serão assimiladas as novas experiências.

A razão apresentada pelos deprimidos para "poupar esforços" é evitar um "esforço inútil". Eles acreditam que a passividade e a inércia são soluções racionais, já que eles podem, ao menos poupar seus esforços, que são encarados como sem efeito ou demasiado pesados, diante de sua fraqueza e de seu destino de inevitáveis perdas. Antes de instalada a depressão, os esquemas predominantes são os de que uma pessoa tem de ser muito forte e estar bem preparada para enfrentar as dificuldades da vida e de que se a pessoa for *boazinha* (*sofrer* pelos outros, *aparecer* bem disposta e arrumada, etc.), as coisas ruins não acontecerão em suas vidas (Guidano e Liotti, 1983). Adiante será explicado como estes esquemas cognitivo-emocionais desenvolvem-se.

A emoção básica da depressão é considerada a tristeza. Apesar de sentimentos como a raiva e o medo serem freqüentes, são considerados secundários à tristeza. Segundo Guidano e Liotti (1983), há uma associação entre a perda prematura de um dos pais e o desenvolvimento posterior de uma depressão no adulto. Apesar de ser óbvio que uma perda poderá ter influências na forma como a pessoa perceberá o mundo, nem toda criança que experimenta a perda de um dos pais desenvolve uma depressão posterior, além do que algumas pessoas deprimidas não experimentaram perdas dos pais na infância ou adolescência.

As verbalizações dos pacientes deprimidos apresentam, de forma recorrente, o tema da perda, da solidão e da infelicidade. Sendo assim, mesmo que não tenha havido uma perda real, há uma *vivência* de perda, que pode ser experimentada através de situações que se assemelham à perda. Não é apenas pela morte ou pelo divórcio que os filhos sentem-se abandonados, mas por uma série de situações como um dos pais trabalhar fora e deixar a criança sozinha; um dos pais ter de viajar por longo

período de tempo durante a infância ou adolescência; um dos pais estar ausente e o outro muito enfermo, de forma que a criança não se sente cuidada por ninguém.

Diante dessas situações a criança pode sentir raiva do(s) progenitor(es) ou decidir cuidar do progenitor doente, invertendo o padrão de apego, ou seja, adotando a criança o papel de protetora dos pais. Pode também passar a acreditar que o isolamento e solidão são decorrentes de algum defeito seu. A criança passa a considerar a solidão que vive como decorrente do seu defeito ao invés de reconhecer o abandono por parte dos pais. Segundo Guidano e Liotti (1983) é preferível achar que há algo errado consigo do que nutrir uma paranóia de viver em um mundo hostil e perseguidor. Isto porque haverá sempre a esperança de alterar este destino de isolamento e solidão através de um esforço árduo e permanente. É este raciocínio que acarreta o desenvolvimento de esquemas do tipo: "Se eu tentar bastante...", "Se eu for forte e tiver força de vontade...", "se eu for bonzinho e nunca sentir raiva...", "se eu me sacrificar pelos outros...", "se eu for o melhor da sala... *eu vou conseguir evitar o meu destino de solidão e infelicidade.*"

Desenvolve-se, assim, uma sensação ampla de que há algo de errado consigo e que o remédio é lutar arduamente contra o seu destino de perdas e infelicidade. Esta é a base para a construção de uma *identidade pessoal* que se avalia em termos de obter sucesso em suas lutas, e uma auto-estima flutuante de acordo com o sucesso ou falência nestas empreitadas. A pessoa desenvolve uma forte tendência a adotar juízos de valor e a forma de significar as novas experiências é formulada segundo sua aceitação ou não pelos outros (Guidano e Liotti, 1983).

A pessoa passa (1) a avaliar as situações segundo suas condições de superar as possíveis dificuldades, (2) observar o sofrimento alheio e tentar aliviá-lo e (3)

construir regras sobre condutas que geram aceitação ou rejeição pelos outros. A solução dos problemas é dominada pela idéia de que há necessidade de um constante e árduo esforço para vencer os obstáculos. Desta forma mantém-se um relativo equilíbrio, enquanto a sensação de domínio das circunstâncias adversas for mantida, que a permite assimilar as novas experiências dentro desta estrutura cognitiva depressiva.

Quando há uma experiência de perda ou desapontamento, a sensação de força e auto-confiança suprema reverte-se para a de falta de controle. Os conteúdos acerca da solidão e do isolamento, que já estavam presentes, são ativados e ressurgem a antiga decisão de que "há algo de errado comigo". Esta atitude em relação a si próprio emerge como "pensamentos automáticos". Estes auto-atributos negativos são aqueles que, originalmente motivaram a decisão de ser forte e lutar contra o seu destino de solidão e tristeza. No entanto, esta decisão passa a ser percebida como ineficaz, ou seja, a pessoa tentou mas falhou e só resta esperar seu destino inevitável de isolamento e infelicidade e *poupar esforços inúteis*.

Ao invés de questionar as regras tácitas de que a solidão existe e é insuportável e de que a incontrollabilidade é algo perigoso, a pessoa insiste em acreditar que há algo de errado consigo e é sua culpa o fato de perder algo ou ser desapontada. O episódio depressivo pode desaparecer espontaneamente quando um controle relativo é retomado e o equilíbrio anterior é restabelecido. No entanto, não houve uma alteração na identidade pessoal, o que poderá gerar, diante de futuras situações estressantes, o mesmo tipo de processo depressivo.

Estratégias Terapêuticas

As técnicas apontadas por Guidano e Liotti incluem os procedimentos comportamentais e cognitivos descritos por Beck (Beck et al., 1979). No entanto, antes de confrontarem os pacientes com suas pressuposições depressogênicas, buscase em conjunto com o paciente, uma *reconstrução de sua história pessoal* e de como desenvolveu-se sua organização cognitiva. É investigado o padrão de apego no qual se desenvolveram os esquemas cognitivos. Os autores listam algumas vantagens da adoção deste procedimento.

Em primeiro lugar, esta estratégia permite uma compreensão da relação entre as crenças do paciente e sua identidade pessoal. Além disso, busca respeitar esta organização pessoal, em vez de lutar contra ela. Isto justifica-se na medida em que, para os construtivistas, é necessária uma sensação de coesão do self. Desta forma, busca-se reconstruir esta identidade pessoal inicialmente. As alterações das crenças mais superficiais podem ocorrer simplesmente por consequência deste primeiro procedimento. Em segundo lugar, fornece ao paciente a oportunidade de pensar sobre a sua identidade pessoal, possibilitando o distanciamento de sua visão de si e do mundo, o que é fundamental para as transformações profundas. Finalmente, permite ao terapeuta fazer as hipóteses acerca dos esquemas emocionais (os padrões de apego) que foram vivenciados na infância e a investigação e possibilidade de transformação, em conjunto com o paciente, destas estas estruturas profundas e como elas determinam as suas percepções atuais.

Guidano e Liotti também citam as técnicas de reestruturação cognitiva da terapia cognitiva e a disputa racional, da terapia-racional-emotiva, dizendo que essas técnicas podem ser úteis se utilizadas apropriadamente:

(...) acreditamos que o ponto fundamental não é a escolha dessa ou daquela técnica (o terapeuta pode construir sua própria técnica ou adaptar alguma já existente às necessidades específicas de um caso), mas sim que o terapeuta esteja consciente da relação hierárquica entre as diversas crenças que constituem o alvo desejado (1983, pp. 196-197).

Além da consciência da relação hierárquica entre as crenças (as mais profundas e as mais superficiais) o terapeuta deve preocupar-se com a linguagem utilizada, para que seja a mais familiar ao paciente.

3.5.2 - A organização cognitiva agorafóbica

O domínio emocional do agorafóbico oscila entre duas polaridades: a necessidade de proteção diante de um mundo perigoso e a necessidade de liberdade e independência neste mesmo mundo. Seguindo a isto, uma das características do padrão organizacional do agorafóbico é reagir com medo e ansiedade diante de qualquer alteração nas suas ligações afetivas, que são avaliadas em termos de perda de proteção e/ou perda de independência (Guidano, 1987).

O caminho desenvolvimental do agorafóbico é marcado por uma experiência de interferência ou limitação do seu comportamento infantil de exploração autônoma do ambiente. Esta interferência pode ser resultado de: (1) um vínculo afetivo ansioso, estabelecido com pais distantes emocionalmente. Estes pais conseguem manter, indiretamente, uma estreita ligação com a criança ao amedrontá-la através de descrições dos "perigos do mundo" ; (2) Eles também podem amedrontá-los através de ameaças de abandono e rejeição. Estes são os padrões disfuncionais de vínculo afetivo

que limitam o comportamento exploratório infantil. Eles podem ocorrer isoladamente ou em conjunto.

No primeiro caso, os pais descrevem o mundo como ameaçador e a criança como frágil e vulnerável diante dos perigos do mundo. Este comportamento dos pais é geralmente uma expressão da sua intolerância às iniciativas normais de separação por parte das crianças. No segundo caso, a limitação do comportamento exploratório da criança se dá através de uma atitude rejeitadora por parte dos pais, o que faz com que estes não sejam percebidos pela criança como uma "base segura". A criança passa, então, a se sentir insegura fora de casa e começa a refrear sua exploração autônoma do ambiente pelo medo de perder os pais se distanciar-se muito dos mesmos.

Pode ocorrer também que pais, emocionalmente frios, busquem obter atenção da criança através de ameaças de abandono, de suicídio ou através de queixas sobre o sofrimento decorrente de uma doença incurável. É freqüente que pais que sintam-se cronicamente ansiosos diante das situações de solidão, culpem a criança por deixá-los sozinhos e desamparados diante de uma doença grave. Este tipo de vínculo afetivo disfuncional é baseado na *inversão* da relação pais/filhos, através da qual o controle do comportamento dos filhos é adquirido através da colocação dos filhos como aqueles que cuidam dos pais.

O caráter indireto desta limitação do comportamento exploratório infantil tem a consequência de evitar que a criança experimente o mal estar emocional de perceber esta limitação como uma atitude de coerção direta por parte dos pais. Se assim fosse percebida, a limitação poderia gerar uma atitude aberta de rebeldia, o que não ocorre nos casos exemplificados.

O conflito principal do agorafóbico diz respeito à relação entre a vinculação emocional e o comportamento exploratório, ambos comportamentos interdependentes e de raízes genéticas. É importante notar que as iniciativas de separação não significam a negação da vinculação, ou seja, estes dois comportamentos não são opostos. Na realidade, "*(...) são classes de comportamento que desenvolvem-se lado a lado e coexistem ao longo da vida de um indivíduo*" (Rheigold e Eckerman, 1970, p. 79). Segundo Guidano, "*um desenvolvimento emocional e cognitivo saudável é o resultado de uma regulação rítmica e contínua entre estas duas classes de comportamentos interdependentes*" (Guidano, 1987, p.142).

No desenvolvimento da organização cognitiva do agorafóbico, os processos de vinculação e separação adquirem um caráter de oposição. Desta forma, a oscilação natural entre os dois tipos de comportamento adquire um caráter de exclusão. Diante da restrição das tendências inatas de explorar o ambiente, estas tendências ressurgem na forma de uma necessidade de liberdade e independência. No entanto, esta necessidade é associada ao medo da solidão e à falta de proteção de uma pessoa que se vê frágil diante de um mundo perigoso. Diante desta percepção de perigo e fragilidade, ressurge a tendência a buscar o vínculo e a proteção, o que, por sua vez, gera a sensação de limitação e restrição à independência.

Este círculo vicioso é um esquema cognitivo-emocional que se organiza predominantemente nos anos pré-escolares. Por um lado, a superproteção permite um senso de *self* como sendo amado e valioso; por outro, diante da sensação de fragilidade em face a um mundo perigoso, desenvolve-se um senso de *self* como fraco e incompetente.

Existem certos eventos vitais que promovem desafios para pessoas com este tipo de organização cognitivo-emocional. Estes eventos podem estar ocorrendo no momento do surgimento de crises de agorafobia e podem ser entendidos como: (1) situações reais ou imaginárias que podem ser percebidas como *perda de proteção* e (2) mudanças no equilíbrio das relações interpessoais, sendo percebidas como *restrição à liberdade* (Guidano, 1987).

Estratégias Terapêuticas

O objetivo da psicoterapia com agorafóbicos é fazê-los reconhecer que o tipo de liberdade que eles mais "necessitam" é a libertação de seus próprios medos (perda de proteção ou perda da liberdade). O ponto central neste momento é perceber como os agorafóbicos necessitam estar no controle das situações para que não sejam abandonados nem exigidos.

Esta necessidade de estar no controle das situações será vivenciada na relação terapêutica de diferentes formas, por exemplo, através da rejeição dos comentários do terapeuta. Guidano (1987) assinala que é importante respeitar esta necessidade e só depois iniciar os procedimentos cognitivos e comportamentais. Ao mesmo tempo que respeitam a necessidade do paciente de se manter no controle, inclusive na própria relação terapêutica, os terapeutas devem levar o paciente a realizar os exercícios de exposição às situações de solidão e também de restrição à liberdade, ao lado da reestruturação cognitiva acerca destes temas. Guidano fornece um exemplo de como o tratamento pode ser exposto a um paciente agorafóbico:

"Nós podemos começar tentando algumas técnicas terapêuticas específicas, que darão a você mais *controle* sobre seus distúrbios atuais. Muitas pessoas ficam bastante satisfeitas com os resultados destas técnicas. Podemos então continuar

tentando entender como seus distúrbios se originaram, mas isto não é completamente necessário. Você pode requisitar este entendimento profundo em um estágio posterior do tratamento ou interromper o tratamento quando você sentir-se suficientemente bem de novo. Há vantagens e desvantagens para cada uma destas opções, você é bastante livre para decidir" (Guidano, 1987, p. 240)

As técnicas cognitivo-comportamentais descritas nos modelos anteriores são citadas por Guidano e Liotti (1983), tanto os aspectos comportamentais como os cognitivos. No entanto, a sua utilização é inserida em um modelo desenvolvimental. Neste modelo, busca-se entender a dinâmica emocional e cognitiva subjacente aos distúrbios não apenas no presente, mas reconstruindo sua história constitutiva. Esta espécie de entendimento possibilita uma maior efetividade no tratamento, ampliando o potencial de ação e os aspectos entendidos e trabalhados pelas terapias cognitivas.

3.5.3 - A organização cognitiva das desordens alimentares

Os pacientes que apresentam as chamadas desordens alimentares - anorexia, obesidade, bulimia - possuem um conjunto de comportamentos interpessoais, expressões emocionais e uma organização cognitiva semelhante (Guidano e Liotti, 1983; Guidano, 1987). Enquanto alguns autores concentram seus esforços no estudo da especificidade de cada desordem alimentar, o modelo estrutural busca complementar este estudo, oferecendo uma compreensão de um problema subjacente comum aos diferentes quadros patológicos. Estes aspectos comuns podem ser analisados em três níveis complementares: o nível comportamental, o nível cognitivo e o nível familiar.

No aspecto comportamental, pode-se perceber que as atividades alimentares se dissociaram das sensações de fome e de saciedade. Analisando os antecedentes de um episódio de abuso ou restrição alimentar, observa-se a descrição de um sentimento desagradável, que é geralmente descrito como "um vazio". Os obesos reagem a este sentimento ingerindo alimento, enquanto os anoréxicos, restringindo ainda mais a ingestão alimentar. É freqüente que estes episódios de agravamento sejam seguidos por pressões familiares para que se retorne aos hábitos alimentares normais. Esta pressão, por sua vez, é sentida como uma invasão e acaba resultando num aumento dos comportamentos patológicos.

Esta oscilação entre a sensação de vazio e a sensação de intrusão pelos familiares pode ser entendida dentro de um padrão de apego disfuncional, analisado mais adiante. Observa-se a oscilação entre uma necessidade urgente de aprovação pelas pessoas significativas e o medo de que estas mesmas pessoas sejam intrusivas ou mostrem desaprovação. Além disso, diante de um desapontamento nos relacionamentos interpessoais, estas pessoas tendem a reagir através da esquivas. Nota-se um conjunto de comportamentos interpessoais e expressões emocionais marcados por uma comunicação vaga, superficial, contraditória e imprecisa, o que pode dificultar a comunicação com o terapeuta.

O aspecto cognitivo apresentado por Guidano e Liotti (1983) se assemelha à descrição encontrada na terapia cognitivo-comportamental, descrita no capítulo anterior deste trabalho. No entanto, o modelo estrutural diz que o aspecto cognitivo das desordens alimentares é a expressão da forma como está estruturada a identidade pessoal e como a pessoa se relaciona consigo mesma e com o mundo. Ao lado da distorção da imagem corporal e da dificuldade de identificação dos sinais de fome e de saciedade, os pensamentos ligados ao controle alimentar e à busca de perfeição

trazem também uma visão de si como "fraco" e "incapaz". Estas pessoas também parecem revelar uma crença de *ineficiência* pessoal generalizada. Quando estes pacientes se deparam com situações importantes em sua vida, em que há riscos, eles revelam intensas expectativas de fracasso, semelhantes àquelas que apresentam diante das dietas.

A organização cognitiva destes pacientes é entendida dentro de um padrão de comunicação familiar disfuncional . Estas famílias geralmente comunicam-se de forma indireta, e possuem um relacionamento confuso, controlador, rígido e onde os membros da família se intrometem nos pensamentos e sentimentos uns dos outros (Minuchin et al., 1978; Liotti e Guidano, 1983) . Neste contexto, a identidade pessoal vai sendo construída de forma confusa e pouco diferenciada, gerando uma sensação de "vazio". A identidade pessoal é confundida com a identidade das figuras de apego, gerando uma diferenciação pouco nítida do eu e do não-eu, o que faz com que a aceitação e o amor destas figuras passam a ser uma questão vital, preenchendo a sensação de "vazio".

Partindo desta formação da identidade pessoal de forma pouco diferenciada, a pessoa consegue um relativo equilíbrio enquanto se apega de forma intensa a um dos pais, extraíndo satisfação em agradar e preencher as expectativas deste progenitor, constituindo sua própria identidade em relação a este. Segundo Guidano (1987), a história destes pacientes revela que em algum momento da infância ou adolescência, estas pessoas se deparam com algum tipo de decepção em relação a estas figuras preferenciais. Decepção decorrente da percepção de que o progenitor não é o que eles pensavam ser. Esta percepção só se afigura como uma decepção na medida em que estes pacientes adquiriram um senso estável de self adotando a figura parental como um modelo absoluto e estabelecendo uma ligação fusional. Sendo assim, qualquer

reavaliação do modelo é vista como decepção, já que o próprio senso de identidade está sendo abalado.

Dentro de um padrão familiar simbiótico, a construção da identidade pessoal baseada em uma relação pessoal significativa torna-se assustadora pela descoberta de que é possível ser desapontado neste tipo de relacionamento, e esta decepção é sentida de forma intensa e desestabilizadora. É neste momento que se estabelece a contradição entre sentir uma necessidade absoluta de aprovação e amor das pessoas significativas e, simultaneamente, um medo intenso de ser desapontado nestes relacionamentos. Pode-se entender, desta forma, o padrão comportamental dos relacionamentos interpessoais destes pacientes, marcadamente sua ambigüidade, indefinição e constante necessidade de "testar" seus companheiros.

Eis uma vinheta de entrevista com uma paciente anoréxica:

Terapeuta: Você diz que sente-se amedrontada quando vai fazer uma refeição. O que você pensa que poderá acontecer? Do que você tem medo?

Paciente: Não sei realmente. Talvez comer na frente de outras pessoas. Eu sou muito atrapalhada na hora de comer, então eu tenho medo do que os outros pensarão de mim (...)

Terapeuta: O que você imagina que os outros pensarão de você se você for atrapalhada?

Paciente: Sinto que as pessoas irão me notar. Eu não gosto de ser notada (Rowe, 1978, p. 131).

Através desta vinheta, pode-se perceber a tendência a dar respostas vagas ("Não sei realmente") e uma hipersensibilidade a críticas. Adiante, na mesma entrevista, pode-se perceber o padrão dos relacionamentos interpessoais marcado pela dificuldade de entrega e medo da decepção:

Terapeuta: Você está dizendo que em um relacionamento há algo que se doa, e que quando você começa a se doar, fica tudo confuso e você faz uma grande bagunça?

Paciente: Humm. Sim. Acho que sim. Tenho tanto medo de doar-me para alguém, temo deixar que alguém realmente me conheça.

Terapeuta: O que você imagina que pode acontecer?

Paciente: Eu posso me machucar de novo.

(...)

Paciente: Me assusta que o Chris (um namorado recente) está se envolvendo comigo...Ele tem este sentimento forte por mim e é maravilhoso saber disto. Eu temo por ele.

Terapeuta: Por quê? E por quê ele não deve sentir-se assim em relação a você?

Paciente: Eu realmente não mereço isto. Deve haver muitas outras pessoas por aí que podem dar algo em troca...

Terapeuta: O que é que você não tem para dar?

Paciente: Me dar por inteira, acredito. Sinto-me muito amedrontada em deixar alguém conhecer meu verdadeiro eu. Eles podem pensar: "Bem, aí está, pegue isto de novo, eu não quero mais você agora" (Idem, p. 132. Em: Guidano e Liotti, 1983))

Estratégias Terapêuticas

O tratamento das desordens alimentares não deve limitar-se a correção dos hábitos alimentares. Este é o objetivo superficial. No entanto, a menos que as estruturas cognitivas subjacentes sejam *explicitamente* reconhecidas, discutidas e corrigidas, elas serão apenas parcialmente modificadas em um tratamento superficial. O padrão de relacionamentos interpessoais permanecerá inalterado. Diante de situações de desapontamento ou de solidão prolongada poderá haver uma recaída dos comportamentos alimentares disfuncionais.

No momento inicial, é necessário respeitar a tendência à evasão e a dificuldade de auto-exposição e intimidade. O objetivo inicial é estabelecer a confiança entre paciente e terapeuta. Guidano e Liotti (1983) apresentam uma vinheta onde é apresentada a necessidade de internação para uma paciente gravemente afetada pela anorexia. Neste exemplo é possível perceber como a indiferenciação em termos de identidade pessoal faz com que seja difícil estabelecer um contato interpessoal:

Terapeuta: Peço a você que faça um sacrifício e aceite a hospitalização.

Paciente: (chorando) Não, você não pode pedir-me isto.

Terapeuta: Eu estou pedindo a você. Como vê, eu posso *pedir* isto.

Paciente: Não, é muito difícil para mim.

Terapeuta: Você não parece me entender. É lógico que eu posso pedir para você ficar na clínica, pois eu estou pedindo. Mas é lógico também que você pode responder "sim" ou "não". Se sua resposta for "não", nós vamos nos despedir e eu não vou me sentir ofendido pela sua recusa. Se, após responder que "não", você mudar de idéia, eu estarei aqui para recebê-la e ajudá-la. Agora, eu peço mais uma vez a você para fazer o sacrifício de ficar (p.302).

O tratamento terapêutico, envolvendo tanto os aspectos superficiais de mudança dos hábitos alimentares disfuncionais, quanto a transformação das estruturas profundas deve incluir alguns procedimentos: a definição de um contrato terapêutico claro e, se necessário a identificação e reestruturação dos problemas encontrados no estabelecimento deste contratos; no caso do paciente querer apenas um programa de controle de peso, iniciar um tratamento cognitivo-comportamental, no entanto focalizar as expectativas de criticismo, rejeição, desapontamento; examinar também a estratégia da evitação nos relacionamentos íntimos e clarificar as emoções e as crenças subjacentes a este padrão relacional; manter um relacionamento de escuta e compreensão; buscar a colaboração e engajamento do paciente (se ele assim o desejar) no programa de reeducação do padrão alimentar; focalizar as crenças nucleares da

identidade pessoal sobre "a necessidade intensa de amor" e a "impossibilidade de suportar um desapontamento", entendendo as origens desenvolvimentais e familiares destas crença (Guidano e Liotti, 1983).

3.5.4 - A organização cognitiva obsessiva-compulsiva

A organização cognitivo-emocional dos pacientes obsessivos-compulsivos apresenta um ambigüidade e um senso de self dicotomizado, além de um padrão de pensamento polarizado. Desta forma, qualquer experiência de incerteza é percebida como uma total falta de controle. Esta sensação de incontrolabilidade é subjacente ao conjunto - descrito no 2º capítulo - de comportamentos, pensamentos e imagens intrusivos relatados por tais pacientes (Guidano, 1987).

Este senso ambivalente de self é o resultado de um padrão disfuncional de apego. Apesar das diferenças individuais, há características comuns ao padrão de apego destes pacientes. Em primeiro lugar, o apego é ambivalente. Os comportamentos dos pais (ou pelo menos de um deles) é caracterizado por um conjunto de sentimentos confusos e opostos em relação à criança. Uma atitude de rejeição e hostilidade é camuflada por uma fachada de devoção e preocupação. Além disso, a expressão de afeto e o envolvimento emocional são geralmente pouco intensos. A simultaneidade dos aspectos contraditórios de superproteção e devoção ao lado da frieza emocional é um aspecto importante no desenvolvimento do desenvolvimento da organização cognitiva obsessiva-compulsiva. Esta contradição pode ser mais sutil ou francamente aberta, através da exposição misturada destas atitudes contraditórias, gerando uma sensação de incontrolabilidade e imprevisibilidade em relação às recompensas e punições nestas relações fundamentais de apego (Guidano e Liotti, 1983).

Uma outra característica destas famílias é o fato de serem predominantemente *verbais*, perdendo a espontaneidade e naturalidade das demonstrações físicas de afeto. Até as brincadeiras de criança valorizadas são as intelectuais e não as atividades físicas. Por último, as famílias destes pacientes fazem requisições de extrema maturidade e responsabilidade, considerando as crianças como pequenos adultos. Além disso, enfatizam valores morais e princípios éticos ao invés de expressarem idéias religiosas ou espirituais genuínas, utilizando estas colocações como uma forma de controlar as emoções e comportamentos da criança. Neste contexto, os sentimentos de raiva, os impulsos sexuais e outras manifestações emocionais espontâneas passam a ser considerados como "proibidos", não devendo ser nem mesmo sentidos. Na medida em que as emoções são, por natureza, uma experiência inevitável e inescapável, este paradoxo se torna mais uma experiência de incontrolabilidade para a criança (Guidano, 1987).

Este padrão ambíguo de apego repercute na construção da identidade pessoal da criança. Por um lado, a sensação de proteção e cuidado faz com que a criança sinta confiança e sinta-se aceita pelo mundo. Por outro, a sensação de ser extremamente exigido, controlado e rejeitado pelo(s) pai(s) produzem um esquema oposto, onde a criança não se percebe aceita e sente raiva e hostilidade. Este padrão de reconhecimento dicotômico, onde um esquema é oposto e anula o outro, é um forte obstáculo à construção de uma percepção integrada do self.

Ao longo de seu desenvolvimento, um relativo senso de equilíbrio é adquirido quando a pessoa passa a escolher uma das duas polaridades. Além disso, passa a necessitar de preencher as expectativas alheias para sentir-se aceito e valioso. No entanto, para manter a estabilidade da polaridade escolhida (ser aceito e valioso X não

ser aceito ou valioso), é necessário o constante controle dos sentimentos conflitantes resultantes da experiência tácita infantil de uma auto-imagem ambivalente. Esta necessidade de certeza sobre as coisas gera a busca de regras, comportamentos, pensamentos ou escolhas absolutamente certos. Estas pessoas apresentam uma falta de espontaneidade e naturalidade contrabalançadas por uma fluência verbal e competência linguística e seu senso de valor pessoal estará misturado com sensações de onipotência do pensamento.

A constante busca de tomar as resoluções corretas é permeada por uma atitude perfeccionista, através da qual a pessoa constrói um conjunto rígido de regras e padrões morais, até mesmo para pequenas situações do dia-a-dia. Esta hipervalorização dos aspectos formais e racionais, ocasiona uma diminuição de percepções globais das situações na forma de imagens, intuições ou emoções, acarretando uma percepção fragmentada da realidade, ligada aos detalhes, mas perdendo a visão do todo. A percepção de mínima alteração emocional é assustadora pois remete à falta de controle e ao reaparecimento das emoções de menos valia, mantidas sob controle diante da constante busca de certeza.

Guidano e Liotti (1983) citam as crenças irracionais de Ellis nos 2, 6 e 11, que dizem que *"é necessário ser competente, adequado e bem sucedido em todos os aspectos da vida para que alguém seja considerado valioso"* e *"se algo é ou parece ser perigoso, deve-se ficar constantemente preocupado com o fato e ruminando sobre a possibilidade de sua ocorrência"* e ainda que *"há uma solução certa, precisa, e perfeita para os problemas humanos e que é terrível se esta solução perfeita não for encontrada"* como pontos importantes que devem ser investigados e transformados na terapia com estes pacientes.

Estratégias Terapêuticas

O objetivo principal a ser atingido é a alteração da atitude perfeccionista e da necessidade de certezas. O terapeuta não deve atacar estas crenças frontalmente, mas sim, respeitar esta atitude perfeccionista, investigando-na e preparando-a para uma transformação futura. Uma das formas de se conseguir isto é colocando o próprio tratamento como uma experiência desta nova visão, através de uma intervenção paradoxal (Watzlawick et al., 1967). Por exemplo, o terapeuta pode pedir ao paciente que não se engaje *com tanto afincado* no tratamento e também pode dizer que as melhoras serão *parciais*.

Concomitantemente ao trabalho com as estruturas cognitivas subjacentes, buscando o entendimento das formas de perceber o mundo e a si mesmo, decorrente de uma história pessoal, é iniciado um programa de restrição gradual dos rituais, como descrito no 2º capítulo deste trabalho.

Guidano e Liotti (1983) sintetizam os principais aspectos do tratamento com os pacientes obsessivos-compulsivos: intervenção paradoxal inicial; exposição e prevenção de respostas; discussão dos pensamentos que surgem durante as exposições, focalizando nos temas da rigidez na solução de problemas e no tema do perfeccionismo; perceber o papel das interpretações da realidade na construção da experiência pessoal; identificação do modo dicotômico de pensamento e investigação dos aprendizados e ligações de apego da infância; ampliação do aspecto perceptual da experiência, buscando visões mais globais, imagísticas e emocionais das situações e, no final do tratamento realizar um fechamento identificando as mudanças na auto-percepção e na forma de perceber o mundo, além de como manter estas transformações.

A terapia estrutural, desenvolvida por Guidano e Liotti busca construir uma prática clínica coerente com as noções epistemológicas defendidas pelos construtivistas. Desta forma, o tratamento não almeja uma correção de padrões distorcidos segundo critérios de conhecimento, realidade e verdade absolutos e externos aos pacientes. Os esquemas cognitivos são construídos ao longo de um processo desenvolvimental, onde a emoção é a primeira forma organizacional (conhecimento tácito) da experiência. A partir destes padrões emocionais vivenciados no contexto interpessoal, os esquemas cognitivos se desenvolvem. Quando estes esquemas cognitivo-emocionais não se transformam diante das mudanças vitais, surge a disfunção cognitiva.

4. ANÁLISE COMPARATIVA

Através da comparação dos aspectos teóricos e técnicos convergentes e divergentes, verifica-se que, além das diferentes concepções epistemológicas subjacentes ao processo terapêutico (as noções de conhecimento, de realidade e verdade), existem outras concepções importantes que são a compreensão e o trabalho clínico das emoções e da relação terapêutica.

A discussão dos aspectos salientados como as noções de *conhecimento*, *realidade* e *verdade*, são fundamentais para o estudo dos processos cognitivos humanos. Com o movimento construtivista, estas questões foram realçadas e consideradas como a própria *constituição* das terapias cognitivas. Ou seja, a forma como concebemos estas três noções, determinará a própria direção do processo terapêutico. Na medida em que concebemos a realidade como algo externo ao ser humano e objetivamente verificável, poderemos almejar uma correção de juízos errôneos acerca da realidade. De forma oposta, se a realidade é concebida como uma construção consensual de significados pessoais e sociais, a terapia pode almejar somente a construção de novos significados que sejam mais eficazes para a realização dos objetivos pessoais e a promoção de padrões cognitivo-emocionais mais adaptativos.

Após a análise das questões epistemológicas, serão enfocados os temas da *emoção* e da *relação terapêutica*, além da diferenciação dos *objetivos do tratamento* de cada modelo. Estes temas irão possibilitar a compreensão das diferenças conceituais, assim como suas implicações para a prática clínica, buscando assinalar as semelhanças e diferenças entre o trabalho terapêutico das três abordagens estudadas.

4.1 - As concepções epistemológicas: conhecimento, realidade e verdade

Estas concepções nem sempre são clarificadas ou questionadas nas terapias cognitivas, mas simplesmente adotadas como "fato constatado". No entanto, estes "fatos constatados" constituem um conjunto de pressupostos subjacentes adotados nas teorias e nas pesquisas científicas. Kuhn (1970) apresenta a noção de *paradigma* para mostrar como a partir de um conjunto de pressupostos compartilhados por uma comunidade científica é que surgem as teorias e as questões que serão pesquisadas.

As terapias cognitivas se apoiam em um conjunto de noções que são as de: conhecimento, realidade e verdade. Estas noções constituem o paradigma subjacente que determinará a própria noção de distorção cognitiva e reestruturação cognitiva. Ou seja, só é possível falar de distorção cognitiva e de reestruturação na medida em que se tem uma concepção subjacente do que seria uma visão acurada ou correta do real. Através das formulações teóricas acerca dos *erros cognitivos* e das formas de *reestruturação cognitiva* apresentadas ao longo dos três modelos, será possível fazer uma análise do tipo de pressupostos sobre os quais estas noções estão apoiadas. Esta análise nos mostrará como cada modelo concebe a questão do *conhecimento* e do *erro* de conhecimento, sendo uma forma de compreendermos suas concepções de *conhecimento, realidade e verdade*.

A terapia racional-emotiva

O estudo das questões epistemológicas não foi tão explicitamente desenvolvido por Albert Ellis ou Aaron Beck, como o foi pelos construtivistas. Ellis aponta a influência das idéias de Kant em sua terapia-racional-emotiva, no sentido de que o ser humano percebe a realidade através de enquadres cognitivos, não tendo acesso a uma "realidade das coisas em si", mas sim a uma realidade mediada por uma estrutura cognitiva. No caso dos distúrbios emocionais, Ellis cunhou o termo *crenças irracionais* (1962), colocando as onze "crenças irracionais" como sendo o fator mediador do conhecimento desta realidade.

Ellis não fala somente de uma correspondência ou não com a realidade. Além de serem crenças que não possuem base empírica e revelam imposições ao invés de preferências, as crenças irracionais são descritas como qualquer pensamento que leve a auto-depreciação ou a auto-destruição. Estas crenças possuem as características de serem fanaticamente aceitas mesmo que não correspondam aos "princípios da realidade", acarretarem uma falta de auto-aceitação, interferirem no relacionamento com o grupo social familiar ou outros, impedirem ou dificultarem a obtenção de prazer na realização de atividades e retardarem ou impedirem o alcance de suas metas e objetivos a longo prazo.

Estas "crenças irracionais" possuem uma base inata (facilidade de aceitar e desenvolver este tipo de crença), assim como um componente adquirido (estas crenças são aprendidas e reforçadas culturalmente) (Ellis, 1976). Além disso, ressalta que acreditar em alguma coisa de forma dogmática também é irracional (Ellis e Lega, 1993). Um processo terapêutico eficaz deve auxiliar as pessoas a pensarem de forma mais *precisa, empírica, racional e não absolutista* (Ellis, 1977, p.4). Nossas idéias serão sempre hipóteses que devem ser verificadas (testadas experimentalmente) e que, quando se demonstram falsas devem ser descartadas. Caso pareçam corretas, não

significa que, no futuro, não poderão se mostrar incorretas. Sendo assim, busca tanto a comprovação empírica e a precisão na descrição da realidade assim como um distanciamento dos próprios pensamentos, no sentido de considerá-los sempre hipotéticos.

Para ele, o pensamento científico (que coloca como oposto ao pensamento irracional) é flexível e não busca uma verdade perfeita e absoluta, mas uma "verdade maior". Este pensamento científico se prende aos dados e à realidade - sendo que estes podem se alterar em qualquer momento - e ao pensamento lógico, ou seja aquele que não se contradiz a si mesmo e não sustenta, simultaneamente, pontos de vista opostos. Esta "verdade maior" pode ser entendida como uma teoria que tem maior poder explicativo.

Dryden e Ellis (1988) escrevem que estas crenças irracionais não são determinadas por um critério absoluto de racionalidade, pois é o indivíduo, em uma situação particular que vai apresentar aquilo que o está impedindo de aceitar-se, relacionar-se satisfatoriamente, realizar os seus objetivos e sentir prazer em suas atividades. Ellis (1962) elabora uma lista com onze crenças irracionais, utilizada no trabalho clínico e, apesar destas crenças irracionais serem definidas como particulares e situacionais, não preenchendo um critério absoluto de racionalidade, são utilizadas como referência no trabalho clínico. Se não há um critério absoluto de racionalidade, há, ao menos na formulação original da T-R-E, uma descrição objetiva de quais seriam as crenças irracionais. As publicações mais recentes de Ellis e praticantes da T-R-E buscam contextualizar esta formulação. Campos (1995) ressalta que não houve nenhum estudo de adaptação das crenças irracionais à realidade brasileira, por isso devem ser utilizadas com cuidado.

Em suma, na terapia-racional-emotiva o *conhecimento* é descrito como mediado por estruturas cognitivas, ou seja, as crenças (beliefs) que fazem com que se perceba a realidade de uma forma pessoal. Este conhecimento pode ser testado, buscando-se atingir uma verdade maior. Além disso, não existe uma verdade absoluta, mas hipóteses que podem ser confirmadas ou não, mas que sempre permanecerão como conjecturas. A realidade, por sua vez, nunca é atingida de forma objetiva e única, mas sempre através das visões pessoais da realidade, devido às crenças que moldam a percepção.

Ao analisarmos do ponto de vista da prática clínica, verificamos que Ellis faz uma lista de onze "crenças irracionais" que devem ser "corrigidas" no processo terapêutico, partindo do princípio de que *o terapeuta conhece as "verdades maiores"* enquanto o paciente as desconhece e sofre justo por pensar de forma irracional e anti-científica. Esta concepção é corroborada pela utilização da persuasão como técnica terapêutica (Ellis, 1977).

Por um lado, a noção de crenças irracionais que devem ser corrigidas, pode ser interpretada como a existência de um conhecimento verdadeiro que estaria do lado do terapeuta *versus* um conhecimento falso que estaria do lado do paciente. Por outro lado, se analisarmos os exemplos clínicos, poderemos ver que Ellis intervém, buscando as crenças subjacentes e corrigindo-as, somente quando o paciente relata sentimentos negativos inapropriados. Ou seja, na realidade, as crenças só são chamadas irracionais quando geram sentimentos negativos com os quais o paciente não está conseguindo lidar. Além disso, é necessário frisar que Ellis distingue os sentimentos negativos disfuncionais (depressão, ansiedade ou agressividade intensa) dos sentimentos negativos apropriados (tristeza, desapontamento e mágoa). Neste sentido, não busca um bem-estar desprovido de sentimentos negativos. No entanto,

estes sentimentos negativos apropriados não paralisam a pessoa, na medida em que ela pode aceitar estes sentimentos e continuar as atividades em sua vida.

A *correção* dos erros cognitivos na terapia-racional-emotiva parte do princípio de que crenças irracionais e os corolários dos pensamentos baseados em "deveria..." (must, should), devem ser abolidos para que as perturbações emocionais presentes sejam erradicadas. Além disso, afirma que as crenças irracionais se não geram perturbações no presente, gerarão no futuro, por isso, devem ser erradicadas, já que isto propiciaria um efeito profilático.

Partindo das 32 hipóteses da T-R-E e das onze crenças irracionais, a correção dos erros cognitivos inclui: ensinar o paciente a falar consigo mesmo, de forma mais precisa, empírica e racional; ensinar os clientes a adotarem idéias otimistas; comunicar aos pacientes que a melhora psicológica é árdua e que é relativamente fácil voltar aos padrões disfuncionais; transformar atribuições inadequadas; mostrar as crenças irracionais e auxiliar os pacientes a desistirem delas; desenvolverem avaliações positivas acerca de si mesmos; abrir mão de sua auto-condenação e parar de catastrofizar as frustrações e inconvenientes na vida; desenvolver tolerância à frustração; superar a antecipação do perigo e ensinar os pacientes a acreditar que têm condições de lidar com as situações difíceis.

A hipótese nº 17 diz que, devido a fortes tendências inatas de adotar padrões de pensamento e comportamento disfuncionais, a intervenção terapêutica é mais efetiva se for ativa e diretiva e não passiva e menos intrusiva. Na hipótese nº 18, complementa dizendo que pode-se utilizar da persuasão para se adotar crenças mais racionais, através de uma disputa racional, um desafio e questionamento ativo. Sendo

assim, a reestruturação cognitiva, para a T-R-E , tem um caráter didático, ativo, questionador, persuasivo e objetivo.

Em relação à concepção de realidade e verdade⁴, Ellis pode ser chamado de realista na medida em que fala da possibilidade de testagem empírica das crenças pessoais, mas pode ser chamado de realista conjectural, na medida em que afirma que o conhecimento da realidade é sempre passível de ser desconfirmado no futuro. Esta formulação acerca de um conhecimento conjectural é proveniente das idéias de Karl Popper. Segundo Popper (1972) uma teoria pode ser corroborada, ou seja, passar nos testes empíricos, mas sempre haverá uma possibilidade de, no futuro, ser refutada. Por isso, as teorias são consideradas sempre como conjecturas. Popper deseja salvar uma concepção realista e objetiva do conhecimento e persegue este objetivo através do caráter conjectural das teorias e seu poder de testagem. Quanto mais testável uma teoria, mais informação acerca da realidade ela pode nos trazer. Este aspecto da testagem empírica das hipóteses também está presente na terapia cognitiva de Beck.

Sobre a noção de verdade, Ellis fala que o conhecimento verdadeiro é aquele que pode ser comprovado empiricamente. O critério de verdade seria o mesmo para terapeuta e para paciente, na medida em que há uma lista de onze crenças consideradas irracionais que devem ser corrigidas para todas as pessoas. Além disso, as crenças devem ser testadas empiricamente em relação a uma referência externa, a qual esta verdade se refere.

⁴ É interessante assinalar que, ao longo dos anos, os trabalhos sobre a terapia racional-emotiva se transformaram, de forma a considerar as críticas que lhe foram feitas.

No entanto, na definição de crenças irracionais não é apontada somente a questão da correspondência com a realidade e a testagem empírica das crenças, mas é focalizada a questão da sobrevivência e da felicidade (happiness). Esta questão será analisada no item sobre as emoções, mas é importante assinalar que a noção de *racional* e em oposição a *irracional*, possui um aspecto *utilitário*, ou seja, racional é aquilo que leva o ser humano a conservar sua vida e seu bem-estar emocional e proporcionar a realização de seus objetivos.

A terapia cognitiva

Beck parte do princípio de que o conhecimento da realidade é mediado por estruturas cognitivas. Estas estruturas, denominadas esquemas cognitivos, são construídas a partir das experiências passadas e conferem significado às experiências presentes. Os esquemas não são estruturas rígidas, podendo se transformar ao longo da vida, à medida em que novas informações vão sendo incorporadas a eles. Beck, assim como Ellis, aponta a influência de Kant em seu trabalho ao dizer que o conhecimento da realidade é "filtrado" pelos esquemas cognitivos.

Sendo assim, o conhecimento é entendido como uma construção pessoal, na medida em que o significado dos eventos está relacionado aos esquemas prévios, pertencentes à história particular de cada indivíduo. Podemos encontrar aí a influência da fenomenologia apresentada por Beck (Beck et al. 1979). Segundo uma abordagem fenomenológica, o conhecimento da realidade está fundamentado nas dimensões temporais do passado, do presente e do futuro, ou seja, o conhecimento está relacionado ao que já aconteceu e está acontecendo e também às projeções sobre o futuro (Forghieri, 1993). A apresentação da filosofia de Kant e da fenomenologia é feita de forma pouco detalhada nos escritos de Beck. No entanto, apesar de não serem

apresentados explicitamente os pressupostos epistemológicos da teoria cognitiva de Beck, é possível, através da noção de distorções cognitivas e de reestruturação cognitiva inferir a concepção de conhecimento, de realidade e verdade subjacentes.

As distorções cognitivas são definidas como falhas no processamento das informações que ocorrem nos pensamentos automáticos. Em sua prática clínica, Beck sistematizou um conjunto de erros lógicos que os seus pacientes apresentavam nas suas descrições das situações. Partindo da definição de distorção cognitiva, podemos concluir que há um conhecimento *correto, acurado, preciso, lógico e verdadeiro* versus um conhecimento *distorcido, errado e falso*. É importante notar que é o terapeuta, no momento da reestruturação cognitiva, que pode distinguir entre o conhecimento correto e o errado e que possui a ferramenta para a sua correção.

Segundo Kant, todo conhecimento é mediado pela estrutura cognitiva, sendo impossível ter um acesso imediato aos dados da realidade em si. Sendo assim, o que determina que o terapeuta, naquele momento, possua um conhecimento mais acurado da realidade? O que faz com que suas estruturas cognitivas também não estejam distorcendo a realidade? Podemos pensar que o que faz com que o terapeuta possua um conhecimento mais "preciso" do real, ou seja, "sem distorções cognitivas" naquele momento, seja o fato de estar distanciado da situação (já que as distorções, segundo Beck, tendem a ocorrer mais freqüentemente nos momentos emocionais), ou pelo fato de seus esquemas cognitivos serem mais flexíveis, permitindo que novos significados sejam conferidos às situações. No entanto, há uma terceira hipótese segundo a qual o terapeuta simplesmente possui uma história de vida *diferente* e, devido a isto, um conjunto de crenças e valores *diferentes*, sendo possível a ele interpretar os acontecimentos de forma *diferente*. Uma interpretação diferente pode ser mais útil ao paciente ou suscitar nele a habilidade de transformar suas próprias

crenças e atitudes antigas em outras mais adequadas e eficazes para os seus objetivos atuais. Neste caso, não deve-se falar da mudança de um conhecimento "distorcido" para um mais "preciso", mas sim, de um processo de desconstrução e construção de novos significados.

Pelo critério utilizado para a correção de um conhecimento, verifica-se como Beck concebe a questão da *verdade*, ou seja, a noção de verdade é possível de ser inferida através do processo de correção das cognições distorcidas, denominado *reestruturação cognitiva*. Diferentemente de Ellis, a terapia cognitiva não utiliza a persuasão, mas sim, um questionamento socrático dos pensamentos automáticos distorcidos. É importante que o próprio paciente perceba as inconsistências lógicas de seu raciocínio, chegando a ser capaz de nomear e corrigir os erros cognitivos que, eventualmente, encontre em seu pensamento. Os tipos de questionamentos feitos pelo terapeuta na reestruturação cognitiva podem ser sintetizados em quatro procedimentos apontados por Epstein e Baucom (1989) : a análise do aspecto lógico dos argumentos, a busca de hipóteses explicativas alternativas, a coleta de evidências para as interpretações e, por último, o questionamento da utilidade da manutenção de tal crença.

O primeiro tipo de investigação cognitiva consiste na análise do aspecto *lógico* dos argumentos, através de um "questionamento socrático" (Beck et al., 1979). As premissas apresentadas pelo paciente podem ser verdadeiras, mas o raciocínio subsequente não. Neste caso, o critério de correção, ou seja, de verdade, é a *lógica* do raciocínio. Há uma verdade única, semelhante para o terapeuta e para o paciente, que pode ser encontrada se o raciocínio estiver correto. Segundo a terapia cognitiva, estas distorções lógicas são feitas para que ocorra uma adaptação entre os dados e as crenças prévias da pessoa que geram o *modo* em que ela está funcionando. O processo

de reestruturação deve, então, partir destes erros lógicos e, ao longo da terapia, caminhar para os esquemas, ou seja, as crenças subjacentes da pessoa que estão gerando este *modo* de processamento cognitivo.

Por exemplo, uma pessoa que sente uma dor de cabeça pode chegar a conclusão de que tem um tumor cerebral. Pode-se discutir a falta de dados para se chegar a esta conclusão, apontando a distorção cognitiva da *inferência arbitrária*. Pode-se complementar esta análise lógica com o quarto procedimento que é o de busca de evidências para as interpretações, incentivando o paciente a buscar mais dados sobre as diversas causas da dor de cabeça e, se houver necessidade, de testar sua hipótese fazendo exames apropriados. Se este tipo de distorção aparecer freqüentemente no sentido de mostrar alguma fragilidade pessoal e enfatizar os perigos potenciais das situações, é provável que a pessoa esteja funcionando em um *modo* de vulnerabilidade. Este modo é o resultado de um conjunto de esquemas cognitivos sobre a insuficiência de recursos pessoais para lidar com as dificuldades que surgem ao longo da vida.

O segundo tipo de procedimento de reestruturação cognitiva seria a formulação de *explicações alternativas* para os eventos, oferecendo outras hipóteses para a explicação dos mesmos, buscando perceber se estas outras hipóteses são mais adequadas, através do teste empírico das mesmas. Podemos dividir este procedimento em duas partes. A primeira é a formulação de novas hipóteses sobre os eventos e a segunda é a verificação empírica destas hipóteses. A busca de hipóteses alternativas a uma explicação que está sendo ineficaz aos seus objetivos é uma forma de reenquadrar a situação (reatribuir as relações de causalidade) para que outros tipos de ação - a partir de novas interpretações das situações - possam ser desenvolvidos. Por exemplo, a pessoa que interpreta o mau humor de seu companheiro como sinal de

desamor. Sua emoção pode ser a tristeza e seu comportamento, o de retração. Se esta pessoa buscar explicações alternativas, poderá pensar que o mau humor de seu companheiro pode ser decorrente de preocupações com o trabalho. Neste caso, a emoção deixa de ser a tristeza decorrente da rejeição imaginada e sua atitude poderá ser empática, buscando ajudar no que for possível ou simplesmente esperar o mau humor passar e fazer outras coisas enquanto isto. A própria busca de interpretações alternativas já é uma forma de reestruturar, na medida em que provoca um distanciamento das antigas formas de interpretar a situação e pode, por si só, diminuir a intensidade da crença nas antigas suposições, ao perceber que há outras visões sobre o mesmo evento.

A reestruturação não é finalizada neste ponto, sendo instruído ao paciente que faça o teste empírico das hipóteses. O critério de correção, ou seja, de um conhecimento *verdadeiro* neste caso, é o de correspondência com a realidade. O conhecimento verdadeiro é validado pela comprovação empírica. A ferramenta de reestruturação são os testes empíricos que devem ser construídos em conjunto pelo paciente e pelo terapeuta. Por exemplo, perguntar ao companheiro o motivo de seu mau humor.

O terceiro procedimento é a coleta de *evidências* do maior número de fontes com o objetivo de comprovar a validade ou não de uma crença. Este procedimento busca investigar a *fidedignidade* dos dados apresentados para que o paciente chegasse a determinada conclusão. Por exemplo, um paciente que, quando muito ansioso, tem a sensação de que vai desmaiar e que o desmaio o levará certamente à morte. A reestruturação consiste em coletar dados sobre o desmaio através de informações com médicos ou pessoas que já desmaiaram para verificar se esta relação entre desmaio e

morte é necessária. O critério de correção neste procedimento é a busca de informações objetivas, correspondentes à realidade.

O quarto procedimento é a discussão sobre a utilidade de sustentar determinada crença, listando as vantagens e desvantagens em adotá-la. Este procedimento diz respeito às crenças que não podem ser testadas objetivamente, pois são *escolhas* de determinados valores. Por exemplo, uma pessoa que acredita que "*é melhor desconfiar de todas as situações e pessoas novas para não ser surpreendido com atitudes hostis*", pode verificar as conseqüências em adotar este tipo de esquema cognitivo ao fazer uma lista de vantagens e desvantagens. As vantagens apontadas pela pessoa podem ser: "difícilmente serei feito de bobo ou enganado". Mas pode-se encontrar desvantagens: ficar muito ansioso nestas situações, perder a espontaneidade, dificultar a aproximação de pessoas novas, não ser surpreendido por atitudes amistosas e evitar situações e pessoas desconhecidas. Neste caso, o critério de correção destes esquemas é a utilidade, ou seja, listando vantagens e desvantagens de sustentar determinada crença, pode-se adotar aquela que oferece uma vantagem em termos de não desencadear as emoções disfuncionais ou então assumir as conseqüências emocionais e comportamentais de se manter este esquema.

Em suma, a visão de conhecimento encontrada na teoria de Beck condiz com a visão de Ellis de que o conhecimento é mediado por estruturas cognitivas, sendo impossível obter acesso imediato à realidade. No caso de Beck, estas estruturas são os esquemas que fazem o processamento das informações. A informação passa por um conjunto de sistemas codificadores (Beck e Weishaar, 1989). Estes sistemas podem conter erros lógicos o que faz com que as situações sejam interpretadas de forma distorcida. A partir desta noção de distorção poderemos investigar a noção de realidade e verdade. Quando busca reestruturar certas distorções buscando a

verificação empírica e a busca de evidências para as interpretações, Beck apresenta a noção de uma realidade objetiva comum ao terapeuta e ao paciente. A noção de verdade, partindo dos procedimentos de reestruturação, é a de coerência lógica e de correspondência com a realidade. Quando os conteúdos cognitivos não podem ser testados, o critério para mantê-los ou transformá-los é o conjunto de vantagens e desvantagens listado pelo paciente. Ou seja, é a *utilidade* e o caráter adaptativo destas crenças, em termos das emoções e ações que possibilitam ou não de serem executadas, que é utilizado como critério de correção.

Construtivismo

As duas abordagens modelos anteriores não desenvolvem diretamente a questão das noções de conhecimento, realidade e verdade, de forma que a análise destas noções foi feita através de uma inferência a partir dos construtos teóricos dos *erros cognitivos*, ou seja, de uma análise dos pressupostos subjacentes à noção de erro cognitivo e de sua correção. Os construtivistas, ao contrário, apresentam um extenso e complexo conjunto teórico acerca destas questões epistemológicas. Assim, percorreremos o caminho inverso, analisando suas concepções epistemológicas, para depois, apontar como a noção do erro cognitivo é reposicionada dentro desta abordagem.

É importante assinalar que os construtivistas buscam afirmar sua especificidade em relação aos modelos cognitivos tradicionais a partir de uma comparação entre as terapias construtivistas e terapias cognitivas. Esta comparação inclui duas afirmações diferentes, que devem ser analisadas separadamente. Em primeiro lugar, os construtivistas constroem seu arsenal teórico como uma oposição à uma epistemologia objetivista, ou seja: *construtivismo X objetivismo*. Em segundo lugar, equiparam as

terapias cognitivas tradicionais (Ellis e Beck) a uma visão objetivista, ou seja, *terapias cognitivas = objetivismo*. De início, apontaremos a oposição entre construtivismo e objetivismo para, posteriormente investigar a segunda afirmação, ou seja, se os modelos cognitivos de Ellis e de Beck realmente são objetivistas e opostos ao modelo construtivista.

Construtivismo X objetivismo

Neimeyer (1993a, p. 223) constrói um quadro apontando os contrastes filosóficos entre a epistemologia objetivista e a construtivista, no que diz respeito ao *critério para a validação do conhecimento e à natureza do conhecimento*.

O primeiro quadro diz respeito ao *critério para a validação do conhecimento*:

<u>Objetivismo</u>	<u>Construtivismo</u>
- A validação do conhecimento é obtida através dos dados sensoriais acerca do mundo real	- A validação do conhecimento é obtida através de uma consistência interna em relação às estruturas cognitivas precedentes e através de um consenso entre os observadores
- Busca de emparelhamento ou correspondência idêntica da representação com a realidade	- Adequação e viabilidade (ou seja, a confirmação das predições de acordo com este enquadre conceitual)
- Existência de apenas interpretação verdadeira (ou seja, <i>a verdade</i>)	- Há diversos significados possíveis e várias interpretações alternativas

A visão objetivista do conhecimento é de uma cópia ou representação da realidade a partir das impressões sensoriais do mundo externo que são recebidas passivamente através dos sentidos. Em oposição a uma visão objetivista do conhecimento, segundo o construtivismo, todo o conhecimento é construído a partir de um conhecimento prévio. Ou seja, os sentidos não recebem passivamente as impressões da realidade: há um conjunto de disposições e expectativas inatas que moldam a percepção e que vão se transformando, através da interação do indivíduo com o seu meio, em esquemas cognitivos dos mais rudimentares ao mais complexos. Estes esquemas, por sua vez, continuam a gerar uma atenção seletiva em relação aos novos dados, de forma que todo novo conhecimento é a incorporação de novos dados aos conhecimentos prévios.

Através do quadro acima, podemos perceber que a noção de verdade na epistemologia objetivista, é entendida como uma correspondência com a realidade objetiva, que é conhecida de uma forma semelhante - através dos dados empíricos - por todas as pessoas. A verdade é única, sendo válida em qualquer contexto. A validação do conhecimento, para os construtivistas, ou seja aquilo que confere ao conhecimento o caráter de *verdadeiro*, é baseada na coerência interna entre os novos argumentos em relação às teorias anteriores, o consenso social e a capacidade de ser eficaz naquilo que se propõe, ou seja, de ter suas predições confirmadas. Dessa forma, o conceito de verdade no construtivismo é de uma verdade múltipla, contextual, histórica e inserida em uma sistema lingüístico comum ou um conjunto de convenções sociais (Neimeyer, 1993c). O que é apropriado e eficaz em determinado local ou determinada época não o será, necessariamente, em outro contexto. A própria adoção desta visão pós-moderna de conhecimento, realidade e verdade pelos construtivistas é

decorrente de pressões da época atual. Segundo Neimeyer (1993b) vivemos em um mundo de múltiplas realidades, onde os grandes sistemas de crenças em diversos campos ruíram. Diante deste novo panorama social, onde tanto os grandes sistemas políticos, assim como moldes tradicionais de família não são mais as únicas formas possíveis de organização, é necessário reavaliar a própria noção de verdade. Sendo assim, para que o tratamento psicológico continue compatível com esta realidade de diversidades, é necessário uma transformação do papel do psicólogo, como esta proposta pelos construtivistas.

Quanto a *natureza do conhecimento*, as diferenças entre o objetivismo e o construtivismo são (Neimeyer 1993a, p. 223):

<u>Objetivismo</u>	<u>Construtivismo</u>
- O conhecimento é uma representação ou cópia fiel do mundo real.	- O conhecimento é resultado de uma construção da experiência subjetiva e da ação
- O conhecimento é a descoberta de novos fatos existentes	- O conhecimento é a invenção de novos enquadres interpretativos.
- O conhecimento é formado por uma aproximação sucessiva de uma verdade absoluta e progride através da acumulação de descobertas.	- O conhecimento é evolutivo (i.e. formado pela invalidação resultante dos processos de seleção e adaptação); evolui através de interpretações mais compreensivas.

Através deste segundo quadro comparativo, podemos também perceber como se diferencia a noção de realidade entre a epistemologia objetivista e a construtivista. Se, no objetivismo, o conhecimento é visto como uma representação ou cópia fiel da realidade, que progride através do acúmulo de descobertas sobre os fatos existentes, a noção de realidade é de uma realidade externa ao homem, conhecida passivamente através dos sentidos.

A noção de realidade apresentada pelos construtivistas, por sua vez, parte das idéias de Kant, que também são encontradas em Ellis e Beck. Segundo Kant, é impossível ter um acesso à realidade sem ser mediado por estruturas cognitivas prévias. Estas estruturas cognitivas prévias, para os construtivistas, não são resultantes da associação passiva de informações ao longo da vida, mas sim o resultado de uma construção ativa. Esta atividade decorre das disposições ou expectativas previamente existentes nos organismos, antes da assimilação de qualquer informação (Popper, 1972). Sendo assim, a noção de realidade descrita pelos construtivistas é de uma construção a partir da interação entre as ações e esquemas cognitivos prévios das pessoas com o mundo a sua volta.

Além disso, estas formas de perceber a realidade que acabam por construir e serem construídas pela realidade, possuem, além dos aspectos biológicos e maturacionais, aspectos culturais. Segundo Anderson: "*vivemos em um mundo simbólico, uma realidade social construída por muitas pessoas em conjunto e, no entanto, experimentada por elas como um 'mundo real' objetivo*" (Anderson, 1990, pp. x-xi). É neste sentido que a concepção de verdade inclui um aspecto consensual.

O caráter evolutivo do conhecimento, apresentado no quadro acima, diz respeito à noção de epistemologia evolutiva apresentada por Karl Popper (1972).

Segundo esta noção, não há como partimos de uma certeza na formulação de hipóteses, mas há como selecionar as hipóteses que apresentam maior poder explicativo e preditivo. Ou seja, é uma seleção, no sentido darwiniano, do conhecimento. No caso de Popper, o critério para que uma hipótese seja aceita e permaneça como uma conjectura é o de não ser refutada. Esta noção é importante na definição de disfunção cognitiva pelos construtivistas.

O erro cognitivo e o construtivismo

A concepção epistemológica construtivista choca-se com o conceito de distorção cognitiva, na medida em que o conhecimento não é visto como representação da realidade. Sendo assim, não existe, neste contexto teórico, uma representação acurada *versus* uma representação distorcida, já que *qualquer* conhecimento é visto como uma *construção* e não como *cópia* da realidade. Segundo Guidano (1995) em uma visão objetivista, o que se pode fazer é aperfeiçoar a visão do mundo para que a pessoa se relacione com ele de forma mais realista. No entanto, esta visão não permite que as pessoas percebam o seu papel de construtoras da realidade.

Quando a realidade é adotada em uma ordem objetiva e externa que existe independentemente da forma pessoal de observá-la - uma pressuposição comum ao objetivismo, realismo e racionalismo tradicionais - é inevitável que as pessoas não irão perceber suas próprias características e processos como observadores (Guidano, 1995, pg. 93).

Uma perspectiva construtivista em terapia altera esta visão: uma tarefa central passa a ser perceber como as características individuais dos observadores estão envolvidas neste processo de observação e também como as pessoas participam na criação desta realidade a qual elas, por sua vez, respondem. Sendo assim, uma terapia

de orientação construtivista não busca alcançar um ponto de percepção acurada do real, ou uma forma de organização pessoal correta ou saudável *a priori*. O processo terapêutico auxilia a busca de novas formas organizacionais e de ação que permitam aos indivíduos estarem flexíveis diante das transformações vitais, podendo criar e recriar novas formas de perceber e agir.

Guidano e Liotti (1983) trazem a noção de *disfunção cognitiva*. Disfunção cognitiva não é um conjunto de erros cognitivos objetivamente encontrados, mas algo que está sendo disfuncional em um determinado conjunto de significados sociais, onde a pessoa está inserida. Esta nomenclatura ressalta o fato de que o *erro* cognitivo não é considerado algo errado *per se*, mas algo que não está sendo funcional em termos de adaptação em determinado contexto.

Disfunção cognitiva é o conhecimento que não se transforma diante de novos dados, que não evolui. Ou seja, mais do que conteúdos específicos, disfunções cognitivas são aqueles processos cognitivos que não permitem a incorporação de novos dados e a transformação do conhecimento anterior. Esta disfunção acaba gerando uma desadaptação em relação ao ambiente, impedindo que os processos de conhecimento da pessoa passem por uma reorganização, que seria natural, ao longo da vida.

A reestruturação cognitiva, segundo a terapia estrutural de Guidano e Liotti, inclui as técnicas de questionamento de interpretações negativas e estereotipadas, como apresentadas por Beck, assim como a mudança de crenças disfuncionais como "a solidão é insuportável" e "a incontrollabilidade é perigosa", também apontadas por Ellis. No entanto, estas crenças são consideradas periféricas em relação a construtos cognitivos mais profundos e estáveis, organizados na forma de esquemas cognitivo-

emocionais. Estes construtos mais profundos são compostos de regras tácitas (ou seja, o conhecimento prático não verbalizado), desenvolvidas ao longo de um padrão de apego através do qual se constitui a identidade pessoal.

A alteração das interpretações negativas e crenças disfuncionais é realizada dentro de uma investigação acerca de como se desenvolveu esta organização cognitiva. Ou seja, dentro de uma história pessoal e seu padrão de apego específico. Sendo assim, as crenças não são desafiadas ou questionadas em contraste com uma realidade objetiva que desconfirma estas crenças, mas são reestruturadas ao se entender que elas fazem parte de um padrão interpessoal desenvolvido ao longo de sua vida, mas que não é o único padrão interpessoal possível. Estes esquemas cognitivo-emocionais estão organizados em torno da identidade pessoal que confere um senso de coesão ao self. A reestruturação deve caminhar paralelamente a este senso de coesão, não desafiando os esquemas básicos sem que novas organizações estejam sendo construídas. Neste sentido, é útil que outros relacionamentos interpessoais significativos estejam presentes para que estes esquemas possam ser transformados através de novos padrões de apego, que reflitam novas visões sobre o self. A relação terapêutica tem esta função enquanto novos relacionamentos significativos, baseados em outros padrões interpessoais, não sejam construídos.

Terapias cognitivas e objetivismo

A primeira afirmativa, de que o construtivismo se diferencia do objetivismo, analisada acima, é seguida por uma segunda afirmativa segundo a qual as terapias cognitivas de Beck e Ellis tem como base uma visão objetivista de conhecimento, realidade e verdade.

Podemos perceber que tanto a T-R-E como a terapia cognitiva possuem aspectos que nos remetem a um conjunto de noções objetivistas, como a verificação empírica das atribuições de causalidade presentes na interpretação dos eventos, o que revela um procedimento terapêutico de confrontar as pressuposições subjetivas com uma realidade objetiva. Também a utilização da persuasão como técnica terapêutica revela uma concepção de critério de verdade único e semelhante para o terapeuta e para o paciente. Além disso, nestes casos, é o terapeuta que parece possuir o conhecimento da verdade, seja buscando impor uma forma lógica ao raciocínio do paciente (ensinando-o a ter um pensamento "científico") ou buscando testar, junto com o paciente, a validade empírica de suas suposições através dos procedimentos da reestruturação cognitiva.

No entanto, na definição de Ellis de crenças irracionais e sua correção, há um aspecto não condizente com uma visão objetivista. São consideradas "racionais" as crenças úteis para a promoção do bem-estar emocional e realização de objetivos pessoais. Neste sentido não há uma definição única e absoluta do que é útil para todas as pessoas. Atuais praticantes da T-R-E afirmam que chegam à conclusão, em conjunto com seus pacientes, que pensar de determinadas formas é mais adequado. Esta adequação relaciona-se a funcionalidade e não ao caráter objetivo ou racional (lógico) (Davison e Neale, 1990). Ou seja, o critério de utilidade é pessoal (de acordo com os objetivos) e situado contextualmente (os objetivos pessoais estão inseridos em um contexto).

Também na terapia cognitiva, há um procedimento de reestruturação cognitiva que não condiz com noções objetivistas: a avaliação de vantagens e desvantagens em se adotar determinada regra ou conjunto de regras. Não é pretendida a correção de conhecimentos incorretos ou a testagem empírica de hipóteses. Busca-se o

entendimento dos esquemas que estão moldando a percepção, possibilitando a escolha pessoal em adotá-los ou não, ao se analisar as implicações que estes enquadres cognitivos possuem nos diversos aspectos de sua vida.

4. 2 - A emoção e a relação terapêutica.

A análise das formulações acerca dos processos emocionais e a importância da relação terapêutica nos permitirá perceber as implicações do movimento construtivista na prática clínica.

Terapia racional-emotiva

A terapia-racional-emotiva, como sugere sua própria nomenclatura, busca trabalhar com o aspecto racional assim como com o aspecto emocional do indivíduo. A emoção é vista como uma resposta aos processos cognitivos mediacionais, ou seja, a forma como os estímulos foram interpretados. Sendo assim, o estado de humor e as reações emocionais específicas dependem desta mediação cognitiva. Esta mediação inclui o que a pessoa pensa sobre si mesma, as suas expectativas, as relações causais que estabelece para os eventos e suas crenças, entre outros processos cognitivos.

Ellis coloca que esta influência dos processos cognitivos sobre as emoções também ocorre no sentido oposto, ou seja, as emoções também podem influenciar os processos cognitivos. Sendo assim, pode-se atingir a alteração de uma emoção pelo aspecto cognitivo como também influenciar os processos cognitivos através do trabalho com as emoções. A definição de "crenças irracionais" está relacionada com a formulação de Ellis sobre as emoções. Segundo ele, existem emoções negativas "apropriadas" (tristeza, aborrecimento e desapontamento) e as "inapropriadas"

(depressão, ansiedade e agressividade intensa). As emoções inapropriadas são decorrentes das crenças irracionais e constituem os distúrbios emocionais.

Sobre a relação terapêutica, a T-R-E frisa que é necessário ter cuidado com um excessivo calor humano ao longo do processo terapêutico. Segundo Ellis, é possível que os pacientes melhorem devido ao elogio ou aprovação do terapeuta, o que reforçaria a crença irracional de que é necessário para um adulto ser aprovado pelas pessoas significativas. O tratamento deve propiciar ao paciente o desenvolvimento de uma *auto-aceitação* integral, independentemente de ser aceito por outras pessoas e sua melhora terapêutica deve relacionar-se à mudança das crenças irracionais subjacentes e não ao papel reforçador das atitudes do terapeuta. Segundo Haaga e Davison (1995), os praticantes atuais da T-R-E, em sua maioria, não concordam que uma "excessiva" demonstração de afeto reforça crenças irracionais acerca da necessidade de aprovação, de forma que este aspecto está em transformação na T-R-E.

Terapia cognitiva

A compreensão dos estados emocionais inclui o aspecto fisiológico das emoções e o conteúdo cognitivo das mesmas. Sobre o aspecto fisiológico, Beck diz que as emoções tiveram um aspecto funcional ao longo da evolução, já que proporcionaram a sobrevivência, crescimento, reprodução e manutenção das espécies (Beck e Emery, 1985). O aspecto fisiológico das reações emocionais não pode ser classificado como "racional" ou "irracional", já que estas denominações se referem aos processos cognitivos e não à ativação de processos emocionais. Sendo assim, a questão da disfuncionalidade não está ligada a emoção em si, ou seja, à ativação das reações fisiológicas das emoções, mas sim aos esquemas cognitivos subjacentes que

fazem com que a pessoa avalie as situações sempre de um mesmo *modo*, dificultando a percepção das diferentes nuances das situações, o que pode impossibilitar uma reação emocional adaptativa a determinada situação. Uma emoção não é vista como funcional ou disfuncional em si, mas em relação a situação que a está desencadeando, ao contexto em que surge.

Beck estuda quatro emoções básicas: a tristeza, a alegria, o medo e a raiva. Cada uma destas emoções corresponde a uma avaliação do estímulo em relação ao domínio pessoal. Algo que ameaça o domínio pessoal desencadeia a emoção do medo, por exemplo. A diferença entre as reações emocionais normais e as patológicas é a *avaliação* correta ou errônea da situação, ou seja, é uma maior ou menor objetividade e correspondência com a realidade nos conteúdos cognitivos destas emoções. Os conteúdos cognitivos mais subjetivos e idiossincráticos podem conter percepções distorcidas da realidade.

Podemos verificar diferenças e semelhanças entre a T-R-E e a TC: enquanto Ellis diferencia as emoções negativas apropriadas das não-apropriadas, Beck não faz uma diferenciação em relação às emoções disfuncionais, mas sim ao caráter adaptativo das emoções e sua adequação às situações que as geraram. No entanto, ambos ressaltam que as reações emocionais que devem ser transformadas são geradas por crenças irracionais (Ellis) ou percepções incorretas e esquemas disfuncionais (Beck). Tanto a terapia-racional-emotiva, como a terapia cognitiva apontam a emoção em termos de sua relação com os processos cognitivos. Apesar de considerarem a emoção um fenômeno pós-cognitivo (na medida em que é uma resposta às interpretações dos eventos), ambas ressaltam que a emoção também influencia a cognição.

A relação terapêutica é considerada o veículo através do qual os procedimentos técnicos da terapia cognitiva são transmitidos. Há certas características do terapeuta que facilitam o desenvolvimento do processo terapêutico. Estas características são o calor humano, a empatia e a autenticidade. Estes atributos devem ser utilizados na medida certa, e, podem ser necessários, mas não são suficientes para produzir, por si mesmas, um efeito terapêutico eficaz. Beck frisa que estas características são facilitadoras, mas não desencadeadoras da mudança terapêutica, já que, além dos atributos facilitadores do desenvolvimento da confiança, é necessário o aspecto racional da compreensão dos procedimentos do tratamento. Os estudos recentes tem caminhado no sentido de uma maior ênfase na importância da relação terapêutica (Safran e Segal, 1990).

Os modelos construtivistas

Os construtivistas concebem a emoção como um fenômeno que possui origens evolutivas, ou seja, foram respostas adaptativas ao longo da história da evolução do homem. Este caráter adaptativo das emoções está relacionado com as tendências para determinadas ações que as emoções desencadeiam. Diante de situações de alto risco, um processamento imediato gera reações automáticas defensivas, que podem ser mais eficazes do que avaliações cognitivas mais complexas e demoradas. A emoção é definida não como um fenômeno pós-cognitivo, mas como algo que antecede a cognição, e fornece uma informação imediata, sobre o ambiente, para a sobrevivência do organismo. É decorrente de uma apreensão imediata dos dados do ambiente, através de uma avaliação pré-cognitiva.

O termo *pré-cognitivo* significa que estes processos não estão ligados ao nível cortical, mas a estruturas mais primitivas do sistema nervoso, o que desencadeia uma

seqüência de percepção instantânea e estereotipada. São respostas mais rígidas, diferenciando-se de respostas ligadas a níveis corticais que constituem os processamentos cognitivos mais complexos. Estes esquemas emocionais vão se organizando, gradativamente, em uma rede que inclui aspectos os biológicos, cognitivos e as tendências de ação, complexificando-se ao longo da vida. No entanto, estes processos tácitos não deixam de existir. Goleman (1995) descreve estes dois tipos de processamento de informações como a coexistência entre um cérebro emocional e um cérebro racional. Se o cérebro emocional, diante de uma ameaça de roubo, coloca o corpo num estado de alerta geral, tornando-o mais agitado, aguçando a atenção, o cérebro racional, por sua vez, busca as armas disponíveis e o telefone da polícia (Goleman, 1995).

Esta concepção transforma o trabalho terapêutico com as emoções na medida em que compreende a emoção como um fenômeno específico, e não apenas o resultado de avaliações cognitivas. Sendo assim, ao se trabalhar com as emoções, busca-se lidar com a complexa configuração emocional, que inclui as respostas motoras, as ativações autonômicas, as tendências de ação que elas desencadeiam além das avaliações cognitivas. Estas configurações podem ser adaptativas como a tristeza diante de uma perda, o medo diante de uma ameaça ou problemáticas, como chorar diante de uma agressão, chorar para conquistar simpatia, ou sentir raiva diante do carinho. De acordo com o tipo de processamento emocional, utiliza-se diferentes técnicas que buscam identificar, intensificar, modificar ou não focalizar as mesmas.

Através desta concepção, as emoções negativas não possuem uma única interpretação. Elas devem ser respeitadas e entendidas de forma ampla, já que não há uma forma global e única de conceber as emoções. É necessário entender a que tipo de processo emocional elas estão relacionadas, analisando toda a configuração do

esquema cognitivo-emocional, para que se adote um procedimento terapêutico específico.

A relação terapêutica é a matriz interpessoal que permite que os esquemas cognitivo-emocionais sejam vivenciados e transformados. Estes esquemas cognitivo-emocionais estão organizados em uma identidade pessoal que, por sua vez, se constituiu dentro de um padrão de apego infantil. A relação terapêutica é importante no sentido de constituir um relacionamento interpessoal significativo, que buscará estabelecer também um novo padrão de apego, através do qual a própria identidade pessoal poderá ser reconstruída.

Esta reconstrução da identidade pessoal envolve a reformulação das regras tácitas dos esquemas cognitivo-emocionais. Estes esquemas podem ser atualizados nos relacionamentos interpessoais presentes, ou seja, a visão de si e do mundo é encontrada nas expectativas sobre os relacionamentos interpessoais, incluindo-se aí o relacionamento terapêutico. Estas expectativas, construídas nos relacionamentos interpessoais infantis, podem ser confirmadas ou não nas novas relações significativas. Através do estabelecimento de um relacionamento significativo e da não-confirmação, por parte do terapeuta, das expectativas dos pacientes sobre si mesmos e sobre os outros, a identidade pessoal anterior pode ser desconstruída, simultaneamente, à construção de uma nova identidade pessoal mais flexível.

4.3 - Os objetivos do tratamento

Terapia racional-emotiva

Segundo Ellis (1979, p. 54)) muitos críticos da T-R-E sustentam, erradamente, que o objetivo desta modalidade terapêutica é tornar as pessoas menos emocionais, mais calmas e serenas. No entanto, esta concepção está errada, já que a T-R-E postula que a emoção é um aspecto básico da vida humana e que sem sentimentos intensos as pessoas não sobreviveriam ou, pelo menos não viveriam felizes (to live happily). Sendo que as emoções encorajadas são emoções fortes, sinceras e apropriadas (em oposição às emoções inapropriadas). Além do incentivo às emoções apropriadas, a T-R-E apresenta outros objetivos que devem ser alcançados no tratamento: o desenvolvimento do auto-interesse, do interesse social, do auto-direcionamento, da tolerância, da flexibilidade, da aceitação das incertezas, do comprometimento, do pensamento científico, da auto-aceitação, da aceitação de riscos e a adoção de uma filosofia não utópica.

O alcance destas metas é possível através da investigação e eliminação das crenças irracionais e da mudança de um raciocínio baseado em imposições para um raciocínio baseado em preferências. Ellis coloca que a T-R-E pretende auxiliar o paciente a ter uma vida "feliz". Sobre a busca da "felicidade", Ellis diferencia um hedonismo a longo prazo e um hedonismo a curto prazo. A pessoa deve aprender a privilegiar os objetivos momentâneos ou aqueles a longo prazo e se responsabilizar por esta escolha. Esta diferenciação deve ser clarificada e assumida já que a realização de um deles freqüentemente impede a realização do outro. Por exemplo, uma pessoa que está fazendo um regime alimentar deve privilegiar o prazer momentâneo de comer um doce ou o prazer a longo prazo de ter a forma física desejada e assumir as conseqüências de sua escolha. Além disso a "felicidade", como já foi dito, não significa a ausência de sentimentos negativos apropriados, mas sim dos sentimentos negativos paralisantes.

Terapia cognitiva

O objetivo principal da terapia cognitiva é promover um alívio sintomático através da conscientização e mudança das imagens e pensamentos automáticos negativos dos pacientes (Beck, 1995). O alívio sintomático é aferido através de medições objetivas como questionários padronizados, assim como relatos subjetivos de alívio dos episódios emocionais dolorosos e do padrão comportamental disfuncional. Com o objetivo de manter as mudanças terapêuticas, além dos pensamentos automáticos negativos, deve-se abordar e transformar os esquemas disfuncionais subjacentes. O objetivo do tratamento deve ser estabelecido em comum acordo entre terapeuta e paciente, e perseguido através da feitura de uma agenda para cada sessão e do estabelecimento de testes empíricos para a confirmação ou desconfirmação das crenças dos pacientes, no chamado "empirismo colaboracionista".

A terapia cognitiva pretende lidar tanto com os momentos de crise como estender seus efeitos no sentido de prevenir futuras ocorrências de transtornos emocionais. Nesse sentido, as técnicas utilizadas podem ser entendidas em uma progressão de complexidade. Segundo Williams e Moorey (1992), as técnicas comportamentais e as estratégias cognitivas de resolução de problemas e treinamento de auto-instrução apresentam um baixo nível de complexidade. Já a reestruturação cognitiva "superficial" dos pensamentos automáticos, através da identificação das distorções cognitivas e do teste de realidade, apresenta uma complexidade moderada. O maior nível de complexidade é alcançado com a reestruturação dos esquemas subjacentes, tornando explícitas as regras profundas, ou seja, as suposições centrais que ativam os modos de funcionamento cognitivo. Quando este nível de maior profundidade nas transformações comportamentais e cognitivas é atingido, as

mudanças terapêuticas tendem a ser mais duradouras além de propiciar uma prevenção de recaída.

Construtivismo

O objetivo colocado por Guidano e Liotti é a transformação da identidade pessoal. É através da identidade pessoal que se estruturam as percepções de si do mundo e, na medida em que esta instância é transformada, altera-se também outros aspectos do funcionamento cognitivo. O meio para se atingir esta alteração da identidade pessoal inclui técnicas cognitivas, comportamentais e a investigação dos padrões infantis de apego e da sua atualização na relação terapêutica. A reestruturação cognitiva é buscada respeitando-se a hierarquia dos processos cognitivos. Não há uma correção de conteúdos errados, mas a identificação de conteúdos estereotipados relacionados aos esquemas pré-existentes. As técnicas comportamentais também são utilizadas inseridas a partir da compreensão de como se desenvolveu determinada estrutura cognitiva disfuncional. Além disso, a partir da identificação dos padrões de apego disfuncionais infantis é necessária a habilidade do terapeuta em não agir de forma complementar às expectativas trazidas pelos pacientes acerca dos relacionamentos afetivos significativos, podendo, assim, desconfirmar os esquemas interpessoais anteriormente desenvolvidos.

Guidano e Liotti dizem que a terapia pode tanto englobar somente o aspecto dos processos cognitivos superficiais, como aprofundar-se na alteração da identidade pessoal. Quando não ocorre esta mudança profunda, a pessoa está vulnerável a recaídas. Ou seja, apesar de ser capaz de encontrar soluções momentâneas, que devolvam um relativo equilíbrio emocional, no entanto, diante de situações ativadoras dos esquemas cognitivo-emocionais problemáticos não alcançados no trabalho

terapêutico, existe a possibilidade de haver uma recaída. Por exemplo, no caso da depressão, a pessoa pode atingir um relativo equilíbrio ao reestruturar suas visões negativas de si, do mundo e do futuro e restabelecer suas atividades diárias. No entanto, novas situações que despertem a sensação de incontrolabilidade e fragilidade, podem fazer com que o esquema cognitivo-emocional de que é necessário ser *sempre* forte e lutar muito para conseguir evitar o seu destino de solidão (como aconteceu na infância) são reativados na forma oposta. Ou seja, de que se uma pessoa não foi forte o suficiente para lidar com o descontrole e a fragilidade *em alguma ocasião*, será incapaz de lidar *completamente* com eles. O que pode gerar uma recaída.

4.4 - Convergências, divergências e implicações na prática clínica

O movimento construtivista traz a luz diversas críticas em relação à terapia-racional-emotiva e a terapia cognitiva de Beck. Estas críticas começaram a ser apresentadas na década de 80, a partir dos trabalhos de Mahoney (1980; 1991), Guidano (1987; 1988) e Guidano e Liotti (1983), entre outros, e continuam a ser aprimoradas, alcançando grande complexidade em seus trabalhos (Mahoney 1991, 1995; Neimeyer, 1993a; 1995). Deste conjunto de críticas, podemos destacar os seguintes tópicos: o questionamento dos pressupostos epistemológicos subjacentes às terapias cognitivas "tradicionais" (Neimeyer, 1993a, 1993b, 1993c; Gonçalves, 1995); a importância da emoção e da relação terapêutica nos processos de mudança (Greenberg e Safran, 1989; Safran e Segal, 1990); a ênfase terapêutica no aspecto desenvolvimental na formação dos esquemas cognitivo-emocionais e também a diferenciação entre níveis centrais e periféricos dos processos cognitivos (Guidano, 1988; Guidano e Liotti, 1983).

Grande parte dos escritos recentes em T-R-E, assim como em terapia cognitiva, apresentam a incorporação ou revisão destes aspectos enfatizados pelos construtivistas. Por um lado, podemos pensar que alguns desses aspectos já estavam presentes nos escritos de Beck (1967; Beck et al. 1979) e Ellis (1979), mas que não tinham sido enfatizados. Por exemplo, a importância da relação terapêutica é um aspecto apontado por Beck em seus trabalhos, assim como a necessidade de se trabalhar os *esquemas* cognitivos (Beck), ou *crenças nucleares* (Ellis) e não somente corrigir interpretações distorcidas de fatos isolados.

No entanto, estes temas não foram tão enfatizados ou refinados na época, em relação a outros aspectos da teoria cognitiva (Robins e Hayes, 1995), o que nos leva a pensar que foi a partir destas críticas que alguns aspectos das terapias cognitivas foram incorporados, transformados ou sofisticados. Se alguns aspectos do movimento construtivista foram assimilados e atualizados através de transformações ou clarificações nas antigas formulações de Ellis e Beck, é também necessário perceber quando estas diferentes concepções configuram divergências incompatíveis. Neste sentido, apontaremos divergências e convergências e suas implicações clínicas.

Podemos perceber como os três modelos utilizam a teoria de Emanuel Kant como sua base filosófica na visão de realidade. Esta convergência inicial reflete um pressuposto convergente de que toda percepção da realidade é mediada por estruturas cognitivas. A convergência se dissolve em dois pontos: o primeiro é na constituição e no desenvolvimento destas estruturas cognitivas mediadoras e o segundo é no estabelecimento de critérios sobre o conhecimento objetivo da realidade e se este conhecimento objetivo é possível.

A divergência sobre a constituição e desenvolvimento das estruturas cognitivas mediadoras do conhecimento da realidade diz respeito a duas concepções: a primeira, sustenta que as estruturas cognitivas mediacionais (os esquemas) são construídos a partir de generalizações feitas a partir da experiência passada, ou seja, apesar de lidarem com o aspecto cognitivo, os cognitivistas continuariam utilizando a teoria do aprendizado do behaviorismo na explicação da constituição dos esquemas cognitivos. As estruturas cognitivas seriam aprendidas através de generalizações e associações das informações passivamente recebidas pelos órgãos dos sentidos; a segunda, adotada pelos construtivistas, busca diferenciar-se desta visão, na medida em que enfatiza o papel das tendências inatas (buscar regularidades na experiência, estabelecer relações de causalidade) e o papel da ação na construção do conhecimento, postulando uma atenção seletiva, ou seja, uma atividade na escolha dos dados que irão constituir os esquemas. Além disso, na questão do desenvolvimento dos esquemas, os construtivistas inserem o aspecto emocional e interpessoal de forma determinante na constituição dos mesmos.

Esta crítica feita aos modelos cognitivos pelos construtivistas é baseada na pouca ênfase dada, nos trabalhos cognitivos, à questão do *desenvolvimento* dos esquemas. Os escritos de Ellis e Beck concentram-se em apontar os métodos de identificação, questionamento e reestruturação das regras ou crenças que compõem os esquemas disfuncionais, clarificando o papel destes esquemas na totalidade percepção-emoção-comportamento, dizendo que os esquemas decorrem das experiências passadas e moldam a experiência presente. A ênfase é no aspecto pragmático do trabalho cognitivo.

A questão do desenvolvimento dos esquemas foi sendo mais enfatizada na medida em que os autores - hoje ligados ao construtivismo - como Safran e Segal

(1990) desenvolveram estudos sobre os processos interpessoais em terapia cognitiva, buscando compreender o desenvolvimento dos esquemas nos contextos interpessoais, chamando-os, inclusive, de esquemas interpessoais e esquemas cognitivo-emocionais. Além disso, na medida em que as terapias cognitivas foram expandindo sua aplicação, chegando ao tratamento dos transtornos de personalidade (Beck e Freeman, 1993), uma ênfase maior no desenvolvimento dos esquemas em seus contextos interpessoais específicos é desenvolvida, já que é suposto que o contexto interpessoal dos pacientes com transtornos de personalidade é extremamente problemático.

Quanto à atividade/passividade da percepção, a terapia cognitiva de Beck afirma que a percepção é sempre relacionada aos esquemas prévios, sendo uma seleção ativa dos dados do ambiente. No entanto, não clarifica como que esta atividade ocorre na própria constituição dos esquemas, fazendo-nos supor que a constituição dos esquemas é passiva e, depois de constituídos, é que passam a selecionar ativamente os dados, moldando a percepção. Este tema, por sua vez, é desenvolvido detalhadamente pelos construtivistas, enfatizando o papel das tendências inatas, citando Popper (expectativas infantis) e Piaget (esquemas reflexos e ação sobre o ambiente), e também a importância dos padrões de apego na constituição dos esquemas, da visão de self e do mundo e como estas visões irão permear a construção de todo conhecimento subsequente.

O tema do desenvolvimento dos esquemas cognitivos não foi suficientemente elaborado pelos modelos anteriores, talvez pela ênfase no aspecto pragmático da terapia, como já foi dito. O construtivismo e sua complexa análise deste processo desenvolvimental amplia a capacidade de entendimento na formulação dos casos, assim como na adoção de estratégias terapêuticas para aqueles pacientes que não foram respondentes aos métodos tradicionais. Esta ampliação decorre principalmente

na análise do padrão de apego no desenvolvimento cognitivo. A formulação dos casos poderá incluir estes padrões de apego, o que auxiliará no planejamento de estratégias terapêuticas que busquem desconfirmar estas expectativas interpessoais e a visão de si. Estas estratégias terapêuticas incluem, além os procedimentos já descritos por Ellis ou Beck, a utilização da relação terapêutica como uma nova matriz emocional onde os esquemas cognitivo-emocionais antigos possam ser reconhecidos, vivenciados e novas construções cognitivo-emocionais possam ser desenvolvidas. Relacionado ao tema da relação terapêutica e da possibilidade de reconstrução dos esquemas cognitivo-emocionais encontram-se as transformações clínicas no trabalho com as emoções, o que será abordado adiante.

O segundo ponto de divergência são os critérios estabelecidos para se definir o conhecimento verdadeiro e a possibilidade ou não do conhecimento objetivo. A partir da análise feita anteriormente, podemos perceber que as terapias de Ellis e Beck adotam certos procedimentos de reestruturação cognitiva que nos levam a supor tanto um critério externo e universal de conhecimento verdadeiro, como procedimentos que nos sugerem um critério pragmático de utilidade e adaptabilidade das crenças e esquemas. Os construtivistas, por sua vez, concebem o conhecimento verdadeiro como aquele validado por critérios consensuais.

Em relação à possibilidade do conhecimento objetivo, nos modelos cognitivos de Ellis e Beck, encontra-se o critério da construção de testes e da verificação empírica das hipóteses, além disso termos como "distorcer percepções errôneas", "pensamento mais empírico e preciso" nos levam a crer que estes modelos afirmam ser possível conhecer uma realidade objetiva através da verificação empírica. No entanto, há duas observações importantes a fazer. A primeira é que este critério não diz respeito a todos os processos cognitivos. Os pensamentos automáticos, ou seja, as

interpretações dos fatos imediatos podem ser analisados e confrontados com as evidências, além de investigados em relação ao raciocínio que os disparou (para verificar a lógica se sua inferência).

Já os esquemas ou crenças nucleares nem sempre podem ser confrontados, pois são opções, são "filosofias de vida" que foram construídas ao longo da vida, mas que não correspondem a dados da realidade, sendo ao contrário, aquilo que confere sentido aos dados da realidade. Desta forma, escolher manter ou reconstruir seus esquemas ou crenças nucleares é uma poderosa ferramenta de mudança terapêutica, já que estes alteram os significados de eventos vitais. Se Beck deixa de buscar comprovação empírica para os esquemas e trabalha listando vantagens e desvantagens de se adotar determinado esquema, Ellis (1962) apresenta uma série de argumentos para que as onze crenças irracionais sejam abandonadas, o que, mais uma vez nos leva a crer em uma visão objetiva de racional e irracional.

Contudo, Ellis e os praticantes da T-R-E (Haaga e Davison, 1995) não se mantêm inflexíveis nesta posição, revendo estes critérios em artigos posteriores, afirmando que o objetivo principal da T-R-E é a promoção da sobrevivência e do bem estar emocional, mesmo que algumas idéias *irreais* ou *ilógicas* possam ser encontradas neste processo. Como exemplo desta afirmação, Ellis diz que acreditar em pressupostos religiosos apesar de serem *ilógicos* (Ellis, 1976) podem conduzir a mais benefícios do que distúrbios, afirmando que apenas as auto-imposições prejudiciais à própria pessoa é que devem ser abandonadas (Haaga e Davison, 1995). Através desta afirmação podemos supor que mesmo que, para o terapeuta, determinadas crenças possam ser ilógicas ou irreais, é necessário perceber sua utilidade para o paciente.

Os construtivistas, não negam a possibilidade da existência de uma realidade externa aos homens, o que seria a posição dos construtivistas radicais, para quem só existe a realidade percebida pelo ser humano. No entanto, os construtivistas críticos enfatizam o caráter consensual na definição de critérios do que se chama conhecimento objetivo. Conhecimento objetivo é aquele que é validado socialmente. É interessante assinalar que os construtivistas utilizam a filosofia de Popper para falar de tendências inatas nos processos perceptivos, como a busca de regularidade e de sua noção de que o conhecimento evolui a partir de teorias prévias que vão sendo invalidadas quando não corroboradas. Mas não comentam que Popper não nega um conhecimento objetivo, ele apenas muda o critério de objetividade. Para Popper não se pode dizer que aquilo que foi confirmado corresponde à realidade objetiva, já que sempre poderá ser desconfirmada posteriormente. Mas ele diz que é possível saber que algo não corresponde à realidade, na medida em que é desconfirmado. Ou seja, para Popper é possível o conhecimento do que a realidade não é, o que não deixa de ser um conhecimento objetivo.

No entanto, mais do que um debate filosófico, a crítica mais contundente dos construtivistas é sobre a eficácia deste tipo de visão objetiva na prática clínica. Ou seja, em que medida é útil disputar com o paciente por uma visão "mais real" da realidade? Em que medida isto poderá auxiliar o paciente a transformar-se e ser autônomo?

Seguindo-se estas críticas, a segunda observação é a de que, a partir da concepção de que o conhecimento (incluindo-se aí o conhecimento científico) é mais uma forma consensual de organizar a realidade, os construtivistas não acreditam que a visão do terapeuta seja mais correta, mais objetiva do que a do paciente. As visões são diferentes devido a construções desenvolvimentais diversas e diferentes contextos

confirmatórios. Neste sentido, os construtivistas acreditam ser mais eficaz partir do ponto de que a realidade do cliente é uma realidade válida e *objetiva para eles*. É válida porque condizente com seus enquadres interpretativos prévios e objetiva porque condizente com o contexto confirmatório em que vivem e que, por vezes, acabam por reconstruir nos seus novos contextos para confirmar sua visão anterior.

As implicações clínicas da adoção dos pressupostos epistemológicos construtivistas se refletem no estilo de correção dos chamados "erros cognitivos". Através destes pressupostos, concebe-se o terapeuta como estando inserido em um conjunto de significados sociais compartilhados, e não como guardiões de uma realidade objetiva universal e necessária que deve ser percebida acuradamente por seus pacientes. Em vez de contrastar informações com dados objetivos, se confrontará com um padrão estereotipado de chegar a conclusões, chegando aos esquemas geradores desta visão inflexível da realidade.

Em termos teóricos, até aí há uma convergência com a visão dos esquemas cognitivos da teoria de Beck, que moldam a percepção das situações imediatas através de pensamentos automáticos. No entanto, na medida em que os esquemas não são considerados somente cognitivos, não é eficaz, na visão dos construtivistas, somente uma mudança no conteúdo cognitivo destes esquemas. Antes, é necessário vivenciar as emoções associadas aos enquadres interpretativos prévios, identificar estas emoções - percebendo que tipo de processo emocional elas representam - trabalhar com estas emoções e as tendências de ação que desencadeiam, perceber a confirmação existente nos contextos específicos e construir, junto com o paciente, novos enquadres interpretativos, desenvolvendo novos modelos de entendimento além de novas e aceitáveis formas de lidar com as emoções associadas a estes esquemas. É importante frisar que não há um critério de distinção entre uma percepção ou esquema

correto versus um esquema errado. Os esquemas são descritos como disfuncionais somente na medida em que não estão permitindo o contínuo processo de transformação vital, necessário para a adaptação do ser humano diante de um ambiente em constante alteração.

Um resumo esquemático dos temas abordados acima pode ser melhor visualizado através do quadro que se segue:

	TRE	TC	Construtivistas
Erros cognitivos	* crenças irracionais * corolários	* distorções cognitivas * esquemas disfuncionais	* disfunção cogni- tiva: esquemas cognitivo- emocionais desadaptativos e inflexíveis

<p>Procedimentos de correção</p>	<ul style="list-style-type: none"> * persuasão * teste empírico das crenças * utilidade para a sobrevivência e o bem-estar. 	<ul style="list-style-type: none"> * coerência lógica * questionamento das evidências * busca de hipóteses alternativas. * vantagens e desvantagens da manutenção dos esquemas - utilidade. 	<ul style="list-style-type: none"> * Flexibilização dos esquemas cognitivo-emocionais através de experiências desconfirmatórias emocionais e cognitivas. * Modificação da identidade pessoal. * Vivência de novos padrões de apego.
----------------------------------	--	---	--

Aspectos epistemológicos subjacentes à noção de erros cognitivos:

	TRE	TC	Construtivistas
conhecimento (a partir da base filosófica citada)	* mediado por estruturas cognitivas (crenças) * testável empiricamente * sempre transformável e hipotético.	* mediado por estruturas cognitivas (esquemas relacionados ao passado, presente e expectativas do futuro) * testável empiricamente.	* mediado por estruturas cognitivas (regras tácitas e explícitas) * evolui através de interpretações mais abrangentes.
realidade (a partir da base filosófica citada e da visão de erro cognitivo e sua correção)	* realidade mediada por estruturas cognitivas (Kant) * realidade conjectural	* realidade mediada por estruturas cognitivas (Kant) * realidade objetiva	* realidade mediada por estruturas cognitivas (Kant) * realidade experimentada como objetiva

verdade (a partir da base filosófica citada e dos procedimentos de correção dos erros cognitivos)	* comprovada empiricamente * semelhante para terapeuta e paciente (racional, precisa)	* possui coerência lógica * comprovada empiricamente * semelhante para terapeuta e paciente (objetiva, não idiossincrática)	* consistência dos argumentos em relação às teorias anteriores * consensual * histórica, contextual
--	--	---	---

Um outro aspecto que deve ser analisado em termos de convergências e divergências, é a mudança na compreensão dos processos emocionais e da relação terapêutica. Em termos técnicos, o entendimento dos processos emocionais é divergente. Para os cognitivistas, a emoção é um fenômeno pós-cognitivo que ocorre diante da interpretação dos eventos, feitas a partir de um sistema prévio de crenças. No modelos de Beck, as emoções serão relacionadas ao tipo de avaliação da situação em relação ao domínio pessoal.

Já os construtivistas postulam que a emoção é um tipo específico de avaliação, sendo um fenômeno pré-cognitivo. Isto não significa que não haja uma avaliação do ambiente, mas é uma avaliação imediata ligada ao reconhecimento de padrões primitivos. Estas respostas emocionais incluem uma série de ativações motoras e autonômicas e despertam uma tendência para determinadas ações. Os processos cognitivos de avaliação da situação relacionados aos esquemas e crenças se darão após este reconhecimento e ativação emocional inicial.

Esta é uma divergência significativa que se reflete na prática clínica através da incorporação de técnicas de outras linhas terapêuticas para que se trabalhe diretamente com a emoção. Em vez de "ultrapassar" a emoção em busca da investigação das cognições subjacentes, o terapeuta construtivista inicia o seu trabalho com a vivência das emoções, positivas ou negativas. Através de uma vinheta de atendimento clínico, podemos perceber a forma de enfatizar esta vivência emocional em terapia, utilizando a técnica do diálogo imaginário (*two-chair work* = *trabalho com duas cadeiras*), proveniente da Gestalt:

Dan era um cliente de trinta e três anos cujo esquema central era ficar na defensiva. Em uma sessão, estava deprimido ao perceber uma situação de desprezo em seu trabalho. Após ouvir a descrição de Dan sobre a situação, o terapeuta percebeu que ele estava contendo a expressão de sua raiva.

Dan (para o Bill imaginário) : Você é o mais preguiçoso filho-da-mãe com quem eu já cruzei. Por duas semanas eu fiz o seu trabalho e o meu, e tudo o que você fez foi tornar as coisas mais difíceis. Teria sido melhor se você tivesse ficado em casa (...) e você vem *me* criticar!

Terapeuta: Diga-lhe como se sente a seu respeito.

Dan: Estou com raiva..(vira-se para o terapeuta) mas não sei se tenho o direito de estar com raiva. É a minha função verificar se as coisas estão sendo feitas.

Terapeuta: Mantenha o seu sentimento. Fale a ele o que você está sentindo agora.

Dan: Estou com raiva...ainda estou com raiva de você (Bricker et al., 1993, p.119).

Somente após este trabalho experiencial ou vivencial com as emoções é que se busca o acesso às cognições subjacentes. Através destas técnicas, após entrar em contato com as emoções, busca-se relacionar os diversos aspectos da rede cognitivo-emocional. Beck também enfatiza a importância da ativação emocional para um trabalho cognitivo eficaz. Quando uma cognição está associada à emoção é chamada

de cognição *quente* (*hot*) . No entanto a forma de trabalhar com a emoção é diferente e o alvo da intervenção é a cognição. Neste sentido, o trabalho construtivista, focalizado nas emoções é um campo novo para a terapia cognitiva.

Devemos assinalar que os esquemas cognitivo-emocionais não são trabalhados em termos de adequação a critérios objetivos de correção. O trabalho de vivenciar as reações emocionais e depois as cognições é uma forma de tornar explícitos certos processos tácitos, o que possibilita, neste momento, a construção de novas redes cognitivo-emocionais.

Quanto à relação terapêutica, há uma clara divergência entre a T-R-E e os outros dois modelos, já que Ellis acredita que um excessivo calor humano pode reforçar crenças irracionais acerca da necessidade de aprovação, além de defender atuações persuasivas e energéticas na comunicação. Nem todos estudos recentes da T-R-E mantêm esta posição (Haaga e Davison, 1995). Quanto ao modelo de Beck e dos construtivistas, há convergências quanto ao papel da relação terapêutica. Ambos consideram a relação terapêutica um dos fatores determinantes da eficácia do tratamento, além de considerarem a relação terapêutica como o meio onde as mudanças cognitivas e emocionais são promovidas.

No entanto, as divergências se dão na explicação dos motivos pelos quais a relação terapêutica é um dos fatores decisivos no tratamento. Beck sustenta que uma relação terapêutica calorosa e empática facilita a auto-exposição e a confiança, e estas, por sua vez, facilitam a investigação e transformação dos pensamentos automáticos e esquemas dos pacientes.

Os construtivistas trabalham com uma base teórica diversa, utilizando a teoria do apego de Bolby, a partir da qual a construção e reconstrução da identidade pessoal se dá através de relacionamentos interpessoais significativos. Devemos assinalar que esta incorporação gera uma mudança no foco temporal da terapia. Enquanto Ellis e Beck focalizam o presente, recorrendo ao passado somente para esclarecer algum ponto, os construtivistas alteram este foco temporal. Na medida em que o entendimento das dificuldades emocionais e as formulações dos casos são entendidas dentro de padrões disfuncionais infantis de apego, há uma ênfase, ao longo do processo terapêutico, no aspecto desenvolvimental.

Em termos da clínica, percebemos que a relação terapêutica tanto para Beck, como para os construtivistas, serve como uma fonte potencial de desconfirmção daqueles esquemas cognitivos e emocionais que se afiguram rígidos e estereotipados. Neste sentido, para estes dois modelos, o terapeuta deve ficar atento para que as próprias interações terapeuta-paciente forneçam dados para investigação e, se necessário, mudança dos padrões cognitivos e emocionais apresentados. É importante frisar que a forma como será utilizada a relação terapêutica está relacionada a todo o conjunto teórico do modelo adotado: os aspectos epistemológicos, a visão de erro cognitivo, o objetivo da terapia e a formulação dos casos. Sendo assim, em alguns momentos o trabalho pode convergir, no sentido da importância do papel afetivo e também desconfirmatório da relação terapêutica. No entanto, também podem surgir divergências quanto a que tipos de cognições ou processos cognitivos e emocionais devem ser reestruturados ou desconfirmados, já que no modelo de Guidano e Liotti há uma preocupação em respeitar-se um senso de coesão do self. Sendo assim, as mudanças na identidade pessoal, através do estabelecimento de novos padrões interpessoais, são construídos, gradativamente, para que o senso de unidade do self não seja rompido.

Em relação aos níveis hierárquicos dos processos cognitivos, os três modelos descrevem dois níveis cognitivos: Ellis fala de crenças nucleares e de outros processos como corolários destas crenças; os escritos recentes da T-R-E diferenciam as crenças situacionais específicas (chamadas de "b") das crenças relacionadas às filosofias e estilos relativamente permanentes e constantes (chamadas de "B") (Grieger, 1985). Beck, por sua vez diferencia os esquemas e os pensamentos automáticos, enquanto que os construtivistas diferenciam regras tácitas e regras explícitas do conhecimento.

A diferenciação de Ellis e Beck entre os níveis mais profundos e os mais superficiais se assemelham, na medida em que as crenças nucleares e mais permanentes e os esquemas (níveis mais profundos) podem ser equiparados em termos de definição assim como são considerados o alvo principal da mudança cognitiva. Além disso, considera-se que estes estão na base das crenças superficiais e situacionais como os pensamentos automáticos. Já as regras tácitas e explícitas do conhecimento são uma outra forma de diferenciação a partir da distinção entre um conhecimento prático e não-verbal (*saber como*) de um conhecimento verbal (*saber porque*).

Em termos clínicos, estas noções de conhecimento tácito e explícito são úteis na clarificação de que muitas das formas de percebermos e agirmos no mundo se dão a partir de regras tácitas. Regras que não foram verbalizadas, mas constroem nossos processos cognitivo-emocionais. Estes processos tácitos devem ser reconhecidos e tornados explícitos para só depois serem reestruturados. A "explicitação" do conhecimento tácito amplia nossa capacidade de lidar com ele. Na medida em que simbolizamos podemos nos distanciar e refletir sobre eles através da verbalização.

Segundo Guidano (1995b), enquanto as terapias cognitivo-comportamentais pretendem descrever, analisar e modificar crenças isoladas, diálogos internos, e distorções cognitivas, elas não discutem um problema mais básico para a construção de uma psicologia cognitiva aplicada, que é a questão do desenvolvimento e organização do conhecimento humano. Esta afirmação de Guidano deve ser analisada com calma. Em parte, as terapias cognitivas lidam com crenças, diálogos internos e distorções cognitivas, mas a reestruturação cognitiva não se limita às crenças isoladas. Ela busca atingir os esquemas disfuncionais (Beck et al., 1979), os esquemas precoces (Young, 1990) e abordar a "filosofia de vida" do paciente (Ellis, 1990), almejando uma mudança global e não localizada.

No entanto, a formulação construtivista sobre o desenvolvimento destes esquemas, intensificando o papel das emoções, dos relacionamentos interpessoais e do caráter hierárquico dos níveis cognitivos, permite uma compreensão mais abrangente do processamento cognitivo. E, através desta concepção, uma prática clínica mais rica, capaz de se adaptar às diferentes necessidades dos pacientes e aos diferentes pacientes. Quanto mais recursos e flexibilidade uma linha terapêutica puder desenvolver esta possui mais chances de alcançar a eficácia terapêutica. Esta é uma visão que privilegia a integração na psicologia.

Estes questionamentos e inovações teóricas e técnicas são utilizados em função de um **objetivo terapêutico**, assim como são utilizados por uma **pessoa** (o terapeuta). Sendo assim, ainda há dois pontos importantes a serem analisados. O primeiro é a questão do objetivo da terapia e, o segundo, a questão do estilo do terapeuta.

O objetivo terapêutico é o próprio esquema (tácito ou explícito) que faz com que o terapeuta privilegie determinados recursos e técnicas no processo terapêutico.

Neste sentido, os três modelos almejam o bem estar emocional. O cuidado neste sentido é conseguir perceber e respeitar a definição de cada pessoa do que significa este bem estar. E além disso, perceber que os seres humanos não estão dissociados da sociedade a sua volta, havendo necessidade de uma postura ética na busca pelo bem estar individual.

A mudança epistemológica trazida pelos construtivistas é, na realidade, um questionamento sobre a ética do processo psicoterapêutico. Segundo Ferreira, a concepção da modernidade que pressupõe uma verdade que deve ser atingida através de representações verdadeiras, leva o homem a buscar, e o que é pior, impor que as coisas sejam *semelhantes* a um padrão que ele assume como verdadeiro. O que nos remete às diferentes inquisições, como bem se conhece na história do homem. A transformação epistemológica pós-moderna legitima que cada um tenha a sua verdade, histórica e geograficamente localizada e que se afirme aquilo que é *diferente, ímpar e singular*. Esta é uma aceitação do *outro*, de suas características peculiares. Esta concepção é a saída ética para lidar com os preconceitos que tem-se para com os outros (que se fundam na noção de uma verdade que o outro não segue). Para respeitarmos o ar, o mar, a baleia, o mico leão, ou seja, todos os *outros* com os quais nos deparamos ao longo da vida, é necessária uma valorização da *diferença*, daquilo que cada um possui de original (Ferreira, 1996).

O outro ponto é a questão do estilo do terapeuta. Por mais que busquemos sistematizar o conhecimento e a prática da psicoterapia, o processo terapêutico será a resultante de dois estilos pessoais: do paciente e do terapeuta. A ampliação do arsenal teórico e técnico permite que o terapeuta desenvolva também uma flexibilidade de estilos. Neimeyer (1988; 1995, novembro) descreve esta flexibilidade no estilo terapêutico como um *continuum* entre estratégias mais justas (*tight*) e estratégias mais

soltas (loose). As estratégias mais justas incluem, por exemplo, uma iluminação mais forte no consultório, ritmo de fala mais rápido e volume mais alto, não utilizar metáforas, planejar atividades e os assuntos a serem abordados na sessão e questionar as crenças distorcidas. Já as estratégias mais soltas incluem uma iluminação mais amena, intervenções metafóricas, em volume de voz baixo e sentenças incompletas, o não planejamento da sessão e a utilização de técnicas expressivas através das artes. Portanto, é esta visão de um processo terapêutico baseado em objetivos e estilos que vão estar referidos, além do que a teorias, às pessoas que estão em interação, o caminho para o qual apontam as contribuições construtivistas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É muito comum um aluno perguntar, com aquela encantadora ingenuidade do calouro que acredita que os professores realmente têm respostas simples para as perguntas mais profundas : "Bem, e qual está certo? ". Sempre respondo que a única resposta possível é "ambos e nenhum" (Gould, 1987, p. 191).

O objetivo inicial do trabalho foi o acompanhamento do desenvolvimento da noção de erros cognitivos e as concepções de conhecimento, realidade e verdade subjacentes a este construto teórico. Ao longo da pesquisa, foram encontradas, nos três modelos, diferentes concepções epistemológicas subjacentes. As noções de crenças irracionais e distorções cognitivas são redescritas pelos construtivistas em termos de funcionalidade e não em termos de verificação objetiva da realidade e, além disso, são consideradas superficiais e periféricas a uma identidade pessoal que se apresenta cognitiva e emocionalmente disfuncional. Os critérios deixam de ser objetivos e passam a ser baseados na utilidade e no valor adaptativo. Estes critérios pragmáticos também foram encontrados nos dois modelos anteriores.

Nesse sentido, temos de ter cautela para não construirmos uma distância maior do que realmente há entre as teorias. É nosso dever científico entender os conceitos dentro de seus referenciais, mas também buscar estabelecer pontes entre as diversas

vozes. Além disso, não foi buscado um modelo certo a ser adotado e os errados a serem descartados. As três visões foram analisadas como modelos úteis para o trabalho clínico.

Foi possível perceber uma crescente flexibilização e ampliação da T-R-E e da terapia cognitiva ao longo do tempo. Sendo que algumas modificações vem de encontro às inovações construtivistas. Esta flexibilização e ampliação se referem tanto à noção de erros cognitivos (quando Ellis diz que uma idéia "irreal" pode ser útil para a "felicidade" de uma pessoa) como a uma maior ênfase desenvolvimental, encontrada, por exemplo, nos trabalhos sobre transtornos de personalidade (Young, 1990). Young (1990) coloca a existência de esquemas desadaptativos *precoces*, o que leva a terapia cognitiva a retroceder seu foco no tempo, lidando mais com os aspectos desenvolvimentais. O objetivo inicial se expandiu abordando outros eixos de comparação como os processos emocionais, a relação terapêutica e o desenvolvimento e hierarquia das estruturas cognitivas mediacionais, assinalando suas convergências e divergências.

As inovações trazidas pelo movimento construtivista não se limitam aos aspectos técnicos mas, antes, trazem uma nova compreensão do papel da psicoterapia, em seus aspectos filosóficos. É a adoção de uma concepção construtivista e sua conceitualização de conhecimento, realidade e verdade, que acarreta transformações no *status* da intervenção terapêutica e, conseqüentemente, na aplicação de técnicas.

Na medida em que o *conhecimento* é visto como uma das formas possíveis de organização da realidade; a *realidade* como uma co-construção social de significados e a *verdade* como validada por um consenso social, a intervenção terapêutica

cognitiva perde o caráter, algumas vezes aparente em sua teoria, de guardiã da "verdadeira compreensão da realidade".

O modelo construtivista busca evitar que o terapeuta se prenda às regras e aos modelos de "correto" e "distorcido" para um processo de reestruturação cognitiva. Sendo assim, busca fluir, em conjunto com o paciente, entendendo os seus significados pessoais dentro de uma história desenvolvimental. O processo terapêutico tem uma parte técnica de reestruturação cognitiva, mas não se resume a isto. Os recursos, sejam cognitivos, emocionais ou comportamentais são apenas *recursos* dentro de um processo de relacionamento interpessoal. O tratamento é visto como imerso numa relação terapêutica afetiva e acolhedora, veículo necessário para uma transformação humana efetiva.

BIBLIOGRAFIA

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION** (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4a edição. Whashington, DC.
- ANDERSON, W. T.** (1990) Reality isn't what it used to be. New York: Harper and Row.
- ARKOWITZ, H. E HANNAH, M. T.** (1989) Cognitive, Behavioral, and Psychodynamic Therapies. Em: Freeman et al. Comprehensive Handbook of Cognitive Therapy. New York: Plenum Press.
- ARNOLD, M. B.** (1960) Emotion and personality (vols. 1 - 2) New York: Columbia University.
- BACAL, H. A.** (1992) John Bolby. Em: Bacal, H. A e Newman, K. M. Theories of object relations: bridges to self psychology. New York: Columbia University Press.
- BANDURA, A.** (1977) Self-efficacy: Toward a unifying theory of behaviour change. Psychological Review, 84, 191 - 215.
- BECK, A. T.** (1967) Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. New York: Meridian.
- _____ (1995) Cognitive Therapy: Past, Present, and Future. Em: Mahoney, M. J. (ed.) Cognitive and Constructive Psychotherapies. Theory, Research and Practice. New York: Springer Publishing Company.
- BECK, A. T. E EMERY, G.** (1985) Anxiety disorders and phobias. A cognitive perspective. New York: Basic Books.
- BECK, A. T. E FREEMAN, A.** (1993) Terapia Cognitiva dos Transtornos de Personalidade. Porto Alegre: Artes Médicas.
- BECK, A.T., RUSH, A. J., SHAW, . F.B., & EMERY, G.** (1979) Terapia Cognitiva da Depressão. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982.
- BECK, A. T. E WEISHAAR, M.** (1989) Cognitive Therapy. Em: Freeman et al. Comprehensive Handbook of Cognitive Therapy. New York: Plenum Press.

- BERGER, P. L. E LUCKMANN, T.** (1966) A construção Social da Realidade. 12ª edição. Petrópolis: Vozes, 1995.
- BEUTLER, L. B., GUEST, P. D.** (1989) The role of cognitive change in Psychotherapy. Em: Freeman et al. Comprehensive Handbook of Cognitive Therapy. New York: Plenum Press.
- BRICKER, D., YOUNG, J.E. E FLANAGAN, C. M.** (1993) Schema-Focused Cognitive Therapy: A Comprehensive Framework for Characterological Problems. Em: Kuehlwein, K. T.e Rosen, H. (ed.) Cognitive therapies in action: evolving innovative practice. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- BURNS D. D.** (1980) Feeling Good: the new mood therapy , New York: William Morrow
- BUTLER, G.** (1989) Phobic disorders. Em: Hawton, K. et al. Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: a practical guide. Oxford: Oxford University Press.
- CAMPOS, L. F. DE L.** (1995) Terapia Racional-Emotiva-Comportamental. Em: Rangé, B. Psicoterapia Comportamental e Cognitiva: Pesquisa,Prática, Aplicações e Problemas. São Paulo: Editorial Psy.
- CHANNON, S. E WARDLE, J.** (1992) Transtornos alimentares. Em: Scott et al. Terapia Cognitiva na Prática Clínica. Um manual prático. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- CLARK, D.** (1989) Anxiety states: panic and generalized anxiety. Em: Hawton, K. et al. Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: a practical guide. Oxford: Oxford University Press.
- COUTINHO, A. M. E FIGUEIREDO, L. C. M.** (1987) Bases filosóficas e teóricas da terapia comportamental. Em: Lettner, H.W. e Rangé, B.P. (org.) Manual de psicoterapia comportamental. São Paulo: Manole.
- COYNE, J. C.** (1989) Thinking postcognitively about depression. Em: Freeman et al. Comprehensive Handbook of Cognitive Therapy. New York: Plenum Press.
- DAVISON, G.C E NEALE, J. M.** (1990) Abnormal psychology New York: Wiley.

- DE RUBEIS, R. e BECK, A.T.** (1988) Cognitive Therapy. Em: Dobson, K. S. (Ed.) Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies. New York: Guilford Press.
- DEVRIES, H. M. E GALLAGHER-THOMPSON, D.** (1995) Idosos. Em: Dattilio e Freeman (orgs.) Estratégias Cognitivo-Comportamentais para intervenções em Crises (Volume I) Campinas: Editorial Psy.
- DOBSON, K. S. E BLOCK, L.** (1988) Historical and Philosophical Bases of the Cognitive Behavioral Therapies. Em : Dobson, K. S. (ed.), Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies. New York: Guilford Press.
- DRYDEN, W. E ELLIS, A.** (1988) Rational-Emotive Therapy. Em: Dobson, K. S. (Ed.) Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies. New York: Guilford Press.
- DUCHESNE, M.** (1995) Transtornos alimentares. Em: Rangé, B. (org.) Psicoterapia comportamental e cognitiva de transtornos psiquiátricos. São Paulo: Editorial Psy.
- EDWARDS, D. J. A.** (1989) Cognitive restructuring through guided imagery. Em: Freeman et al. Comprehensive Handbook of Cognitive Therapy. New York: Plenum Press.
- EKMAN, P.** (Ed.) (1972) Darwin and facial expression: A century of research in review. New York: Academic Press.
- EKMAN, P. E FRIESEN, W. V.** (1975) Unmasking the face. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- ELLIS, A.** (1962) Reason and Emotion in Psychotherapy. New York: Citadel Press.
- _____ (1976) Biological Basis of Human Irrationality. Em: Journal of Individual Psychology, 32, 145-168.
- _____ (1977) Rational-emotive therapy: Research data that support the clinical and personality hypotheses of RET and other modes of cognitive-behaviour therapy. The Counseling Psychologist, 7(1), 2-42.
- _____ (1979) The Theory of Rational-Emotive Therapy. In: Theoretical and Empirical Foundations of Rational-Emotive Therapy. Monterey: Brooks/Cole Publishing Company.

- _____ (1990) Is rational-emotive therapy (RET) "rationalist" or "constructivist"? In: W. Dryden (Ed.) The essencial Albert Ellis: Seminal writings on psychoterapy (pp. 114-141) New York: Springer.
- _____ (1992) Rational-Emotive Approaches to Peace. Em: Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quartely, 6, nº 2, 79-104. New York: Springer Publishing Company.
- ELLIS, A. E GRIEGER, R.** (1986) Manual de Terapia Racional-Emotiva. Vol. 2, Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, 1990.
- ELLIS, A E LEGA, L. I.** (1993) Cómo aplicar algunas reglas básicas del método científico al cambio de ideas irracionales sobre uno mismo, otras personas y la vida en general. Em: Caballo, V.E. e Buela-Casal, G. (dirs.) Psicologia Conductual, Vol. 1, no 1.
- ELLIS, A. E WHITELEY, J. M.** (1979) Theoretical and Empirical Foundations of Rational-Emotive Therapy. Monterey: Brooks/Cole Publishing Company.
- EPSTEIN, N. E BAUCOM, D.H.** (1989) Cognitive-Behavioral Marital Therapy. Em: Freeman et al. Comprehensive Handbook of Cognitive Therapy. New York: Plenum Press.
- EPSTEIN, S.** (1993) Emotion and self theory. Em: Lewis, M. e Haviland, J. M. Handbook of emotions. New York: The Guilford Press.
- EYSENCK, M. W. E KEANE, M. T.** (1994) Psicologia Cognitiva. Um manual Introdutório. Porto Alegre: Artes Médicas.
- FAIRBURN, C. e COOPER, P.** (1989) Eating Disorders. Em: Hawton, K. et al. Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: a practical guide. Oxford: Oxford University Press.
- FALCONE, E. M. O.** (1995) Fobia social. Em: Rangé, B. (org.) Psicoterapia comportamental e cognitiva de transtornos psiquiátricos. São Paulo: Editorial Psy.
- FENNELL, M. J. V.** (1989) Depression. Em: Hawton, K. et al. Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: a practical guide. Oxford: Oxford University Press.
- FORGHIERI, Y. C.** (1993) Psicologia fenomenológica: fundamentos, métodos e pesquisa. São Paulo: Livraria Pioneira Editora.

- FERREIRA, R. F.** (1996). Comunicação pessoal.
- GARNER, D.M. E BERMIS, K.M.** (1982) A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. Cognitive Therapy and Research 6, 123-50.
- GILLIAN, B.** (1989) Phobic Disorders. Em: Hawton, K. et al. Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: a practical guide. Oxford: Oxford University Press.
- GOLEMAN, D.** (1995) Inteligência Emocional. Objetiva: Rio de Janeiro.
- GOULD, S. J.** (1987) Seta do Tempo - Ciclo do tempo: mito e metáfora na descoberta do tempo geológico. São Paulo: Companhia das Letras.
- GONÇALVES, O. F.** (1995) Hermeneutics, constructivism, and the cognitive-behavioral therapies: from the object to the project. In: Neimeyer, R. A. and Mahoney, M.. Constructivism in Psychotherapy. Washington, DC: American Psychological Association.
- GREENBERG, L. S. E SAFRAN, J. D.** (1989) Emotion in Psychoterapy. American Psychologist. Vol. 44. Nº 1, 19 - 29 .
- GRIEGER, R. M.** (1985) De un Modelo Lineal a uno Contextual de los ABC de la RET. Em: Journal of Rational Emotive Therapy, 3 (2), 79-99.
- GUIDANO, V. F.** (1987) Complexity of the self. New York: The Guilford Press.
- _____ (1988) A Systems, Process-Oriented Approach to Cognitive Therapy. Em: Dobson, K. S. (ed.), Handbook of Cognitive Behavioral Therapies. New York: Guilford Press.
- _____ (1995a) Construtivist Psychotherapy: A Theoretical Framework. Em: Neimeyer R. A. e Mahoney, M. J.(eds.) Construtivism in Psychotherapy. Washington: American Psychological Association.
- _____ (1995b) A constructivist outline of human knowing processes. Em: Mahoney (ed.) Cognitive and Constructive Psychotherapies. Theory, Research and Practice. New York: Springer Publishing Company.
- GUIDANO, V. F. E LIOTTI, G.** (1983) Cognitive Processes and Emotional Disorders. New York: Guilford Press.

- GUIMARÃES, F. E RANGÉ, B.** (1995) Fobias específicas. Em: Rangé, B. (org.) Psicoterapia Comportamental e Cognitiva de transtornos psiquiátricos. Campinas: Editorial Psy.
- HAAGA, D.A.F. E DAVISON, G.C.** (1995) An appraisal of Rational Emotive Therapy. Em: Mahoney, M. J. (ed.) Cognitive and Constructive Psychotherapies. Theory, Research and Practice. New York: Springer Publishing Company.
- HAWTON, K.** (1989) Sexual disfunctions. Em: Em: Hawton, K. et al. Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: a practical guide. Oxford: Oxford Unniversity Press.
- HAWTON, K. , SALKOVSKIS, P. M. KIRK, J. & CLARK, D.** (1989) Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: a practical guide. Oxford: Oxford University Press.
- HOFFMAN, M. L.** (1971) Identificaton and conscience development. Child Development, 42, pp. 1071-1082
- HOFFMAN, M. L.** (1975) Developmental synthesis of affect and cognition and its implications for altruistic motivation. Developmental Psychology, 11, pp. 607-622.
- HOFFMAN, M. L.** (1978) Toward a theory of empathic arousal and development. Em: M. Levis e L.A. (Eds.) The development of affect. New York: Plenum.
- KANT, I.** (1787) Crítica da Razão Pura. Em: Os Pensadores ,vol. XXV. São Paulo: Ed. Abril.
- KAPLAN, H. I., SADOCK, B. J.** (1990) Compêndio de Psiquiatria 2ª edição. tradução: Maria Cristina Monteiro e Daise Batista. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.
- KEINAN, G.** (1994) Effects of Stress and Tolerance of Ambiguity on Magical Thinking. Journal of Personality and Social Psychology Vol. 67, nº 1, 48-55.
- KIRK, J.** (1989) Cognitive-behavioural assessment. Em: Hawton, K. et al. Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: a practical guide. Oxford: Oxford Unniversity Press.

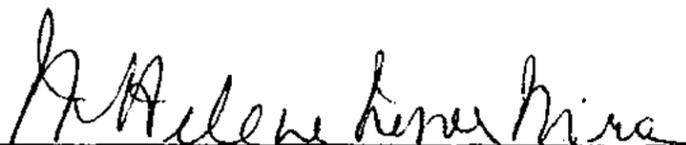
- KUHN, T.** (1970) The structure of scientific revolutions. Em: Foundations of the unity of science, vol II. The University of Chicago Press.
- LANG, P. J.** (1985) The cognitive psychophysiology of emotion: Fear and anxiety. In: A. H. Tuma & J. D. Maser (Eds.) , Anxiety and the anxiety disorders (pp. 130 - 170). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- LEMGRUBER, V., RANGÉ, B. E GOLDRAJCH, D.** (1994) Uso clínico da tabela de juízos de Kant na terapia cognitiva. Em: Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 43 (8): 417-420.
- LETTNER, H.W. E RANGÉ, B.P.** (1987) Manual de psicoterapia comportamental. São Paulo: Manole.
- LOUREIRO, S. P.** (1994) A vivência do programa de orientação vocacional (Método Bohoslavsky) e um possível aumento da internalidade em adolescentes. Projeto de Pesquisa da disciplina "Planejamento e Análise De Pesquisa I - Mestrado em Psicologia Social. Rio de Janeiro: Universidade Gama Filho.
- MAHONEY, M. J.** 1980) Psychoterapy and the structure of personal revolutions. In: Mahoney, M. J. (Ed.)Psychoterapy process: Curent issues and future directions (pp. 157-180) . New York: Plenum Press.
- _____ (1991) Human Change processes: The Scientific Foundations of Psychoterapy. New York: Basic Books.
- MAHONEY, M. J., ARNKOFF, D. B.** (1978) Cognitive and self-control theraphies. In: S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.) Handbook of psychotherapy and behaviour change. New York: Wiley.
- MARKS, I. M.** (1969) Fears and phobias. Academic Press, New York.
- MARKS, I. M. E GELDER, M. G.** (1966) Different ages of onset in varieties of phobia. American Journal of Psychiatry, 123, 218-21.

- MARLATT, G. A. E GORDON, J. R.** (1985) Prevenção da Recaída. Estratégias de Manutenção no Tratamento de Comportamentos Adictivos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- MINUCHIN, S., ROSMAN, B. L. E BAKER, L.** (1978) Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- MIRÓ, M. T.** (1994) Epistemologia Evolutiva Y Psicología. Implicaciones para la Psicoterapia. Valencia: Editorial Promolibro.
- MOOREY, S.** (1992) Abusadores de drogas. Em: Scott et al. Terapia Cognitiva na Prática Clínica. Um manual prático. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- MURAN, J.C. E SAFRAN, J. D.** (1993) Emotional and Interpersonal Considerations in Cognitive Therapy. Em: Kuehlwein, K. T.e Rosen, H. (ed.) Cognitive therapies in action: evolving innovative practice. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- NEIMEYER, R. A.** (1988) Integrative directions in personal construct therapy. Em: International Journal of Personal Construct Psychology, 1: 283-297.
- _____ (1993a) An Appraisal of Constructivist Psychotherapies. Em: Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol. 61 nº 2. 221-234.
- _____ (1993b) Constructivist Psychotherapy. Em: Kuehlwein, K. T.e Rosen, H. (ed.) Cognitive therapies in action: evolving innovative practice. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- _____ (1993c) Constructivism and the cognitive psychoterapies: Some conceptual and strategic constrasts. Em: Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, Vol. 7 nº3, pp. 159-171.
- _____ (1995, novembro) Constructivist Psychotherapy. Workshop apresentado na Universidade São Judas Tadeu, São Paulo.
- _____ (1995) An appraisal of constructivist psychoterapies. Em: M. J. Mahoney (ed.) Cognitive and Constructive Psychotherapies. Theory, Research and Practice. New York: Springer Publishing Company.

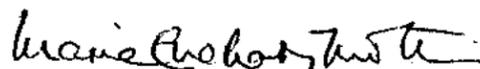
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (1993)** Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas - tradução Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas.
- PADESKY, C.** (1986, November) Fundamentals of Cognitive Therapy of Depression. Workshop presented in Costa Mesa, California.
- PERRIS, C. E SKAGERLIND, L.** (1995) Esquizofrenia. Em: Dattilio e Freeman (orgs.) Estratégias Cognitivo-Comportamentais para intervenções em Crises (Volume I) Campinas: Editorial Psy.
- PIAGET, J.** (1924) O julgamento moral na criança. São paulo: Editora Mestre Jou, 1960.
 _____ (1970) A Epistemologia Genética. Petrópolis: Vozes, 1971.
- PIAGET, J. E INHLEDER, B.** (1986) A Psicologia da Criança. São Paulo: Difel.
- POPPER, K. R.** (1972) Conhecimento Objetivo. São Paulo: Editora Itatiaia, 1975.
- POPPER, K. R. E ECCLES, J. C.** (1977) The self and its brain. New York: Springer.
- RACHMAN, S.J. E HODGSON, R.** (1980) Obsessions and compulsions. New York: Prentice Hall, Englewood Cliffs.
- RACHMAN, S. J. E SELIGMAN, M. E. P.** (1976) Unprepared phobias: "be prepared". Behaviour Research and Therapy 14, 333-8.
- RANGÉ, B. P.** (1992) Psicoterapia Cognitiva. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 41(2): 81-85.
 _____ (1995) Psicoterapia Cognitiva. Em: Rangé, B. (org.) Psicoterapia Comportamental e Cognitiva. Pesquisa, Prática, Aplicações e Problemas. Campinas: Editorial Psy.
- ROBINS, C. J. E HAYES, A. M.** (1995) An appraisal of cognitive therapy. M. J. Mahoney (ed.) Cognitive and Constructive Psychotherapies. Theory, Research and Practice. New York: Springer Publishing Company.
- ROSEN, H.** (1993) Developing themes in the field of cognitive therapy. Em: Kuehlwein, K. T.e Rosen, H. (ed.) Cognitive therapies in action: evolving innovative practice. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

- ROTTER, J.B.** (1966) Generalized Expectancies for Internal Versus External Control of Reinforcement. Psychological Monographs, 80.
- ROWE, D.** (1978) The experience of depression. N.Y. Wiley.
- RUSSEL, B.** (1970) The basic writings of Bertrand Russell. New York : Simon and Schuster.
- RYLE, G.** (1949) The concept of mind. Londres: Barnes and Noble Books.
- SAFRAN, J. D. E SEGAL, Z. V.** (1990) Interpersonal Process in Cognitive Therapy. New York: Basic Books.
- SALKOVSKIS, P. M.** (1989) Somatic Problems. Em: Em: Hawton, K. et al. Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: a practical guide. Oxford: Oxford University Press.
- SALKOVSKIS, P.M.** (1992) Obsessões e compulsões. Em: Scott et al. Terapia Cognitiva na Prática Clínica. Um manual prático. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- SALKOVSKIS , P. M. E KIRK, J.** (1989) Obsessional Disorders. Em: Hawton, K. et al. Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: a practical guide. Oxford: Oxford University Press.
- SCHULTZ, D. P. E SCHULTZ, S. E.** (1992) História da Psicologia Moderna. São Paulo: Editora Cultrix. (quinta edição, revista e ampliada).
- SCOTT, J., WILLIAMS, J. M. G. E BECK, A.T.** (1992) Terapia Cognitiva na Prática Clínica. Um Manual Prático. Porto Alegre: Artes Médicas.
- SELIGMAN M. E. P.** (1974) Depression and Learned helplessness. Em: R.J. Friedman & M.M. Katz (Eds.) The psychology of depression: Contemporary theory and research. New York: Wiley.
- SELIGMAN, M.E.P.** (1995) O que você pode e o que não pode mudar. Rio de Janeiro: Editora Objetiva.
- SHINOHARA, H.** (1995) Transtornos do Humor. Em: Em: Rangé, B. (org.) Psicoterapia comportamental e cognitiva de transtornos psiquiátricos. São Paulo: Editorial Psy.

Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC-Rio pela aluna Danielle Goldrajch intitulada "*A questão do erro cognitivo através da análise de três abordagens em terapia cognitiva*", e aprovada pela Banca Examinadora constituída pelos seguintes Professores:



Profª. Maria Helena Novaes Mira
Orientadora - PUC-Rio



Profª. Maria Euchares Motta
PUC-Rio



Profª. Terezinha Féres Carneiro
PUC-Rio



Profª. Eliane de Oliveira Falcone
UERJ

Visto e permitida a impressão
Rio de Janeiro, 03 de setembro de 1996.



Prof. Jurgen Heye
Coordenador dos Programas de Pós-Graduação do
Centro de Teologia e Ciências Humanas