

estudo da
terapia cognitiva:
um novo conceito
em psicoterapia

Ana Maria Serra - Instituto de Terapia Cognitiva São Paulo-SP

Objetivo: aprimorar os conhecimentos de estudantes e profissionais da Psicologia sobre a Terapia Cognitiva.

Elaboração: Ana Maria Serra, PhD.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva, São Paulo-SP

Coordenação: Claudia Stella, Psicóloga Clínica,
Doutora em Educação, Docente em Psicologia e
Editora da revista Psicologia Brasil.

Módulos: oito módulos que serão publicados em revistas seqüenciais.

Conteúdo dos módulos:

- 1** Introdução à Terapia Cognitiva
- 2** Conceitos e preconceitos sobre Terapia Cognitiva
- 3** Terapia Cognitiva e Depressão
Terapia Cognitiva e Suicídio
Terapia Cognitiva e Intervenção em Crise
- 4** Terapia Cognitiva e Transtornos de Ansiedade
Tópicos especiais em Terapia Cognitiva aplicada aos
Transtornos de Ansiedade, TOC (Transtorno Obsessivo-Compulsivo), Fobias, Transtorno de Pânico, TEPT (Transtorno de Estresse Pós-Traumático), Ansiedade Associada à Saúde
- 5** Terapia Cognitiva e Dependência Química
Terapia Cognitiva e Transtornos Alimentares
Terapia Cognitiva nas Organizações
- 6** Terapia Cognitiva com Casais e Famílias
Terapia Cognitiva com Crianças e Adolescentes
Terapia Cognitiva e Prevenção de Depressão em Crianças e Adolescentes
- 7** Terapia Cognitiva e Transtornos de Personalidade
Terapia Cognitiva e Esquizofrenia
Terapia Cognitiva e Transtorno Bipolar
- 8** Resistência em Terapia Cognitiva
Terapia Cognitiva com pacientes difíceis
A aliança terapêutica em Terapia Cognitiva
Questões relacionadas a treinamento em Terapia Cognitiva

introdução
à terapia
cognitiva

módulo

Bases Históricas da Terapia Cognitiva

Na década de 1950, nos Estados Unidos, os princípios Piagetianos da Epistemologia Genética e do Construtivismo eram conhecidos no mundo acadêmico, bem como a Psicologia dos Construtos Pessoais de Kelly. Além disso, devido à emergência das ciências cognitivas, o contexto da época já sinalizava uma transição generalizada para a perspectiva cognitiva de processamento de informação, com clínicos defendendo uma abordagem mais cognitiva aos transtornos emocionais. Observou-se nessa época uma rara convergência entre psicanalistas e behavioristas em um ponto: sua insatisfação com os próprios modelos de depressão, respectivamente, o modelo psicanalítico da raiva retroflexa e o modelo behaviorista do condicionamento operante. Clínicos apontavam para a validade questionável desses modelos como modelos de depressão clínica.

Em decorrência, observou-se nas décadas de 1960 e 1970 um afastamento da psicanálise e do behaviorismo radical por vários de seus adeptos. Em 1962, Ellis, propôs sua Rational Emotive Therapy, ou Terapia Racional Emotiva, a primeira psicoterapia contemporânea com clara ênfase cognitiva, tomando os construtos cognitivos como base dos transtornos psicológicos. Behavioristas como Bandura, Mahoney e Meichembbaum publicaram importantes obras em que apontavam os processos cognitivos como cruciais na aquisição e regulação do comportamento, propondo a cognição como construto mediacional entre o ambiente e o comportamento, bem como estratégias cognitivas e comportamentais para intervenção sobre variáveis cognitivas. Martin Seligman, na mesma época, propôs sua Teoria do Desamparo Aprendido, uma teoria essencialmente cognitiva, e suas revisões, como relevante para processos psicológicos na depressão.

Em 1977, é lançado o Journal of Cognitive Therapy and Research, o primeiro periódico a tratar de Terapia Cognitiva. Em 1985, a palavra “cognição” passa a ser aceita em publicações da AABT, Association for the Advancement of Behavior Therapy. Em 1986 Beck é aceito como membro da mesma AABT. E em 1987, ou seja, apenas dois anos após a AABT aceitar a inclusão da palavra “cognição” em suas publicações, em uma pesquisa realizada entre membros da AABT, 69% se identificaram como tendo uma orientação cognitivo-comportamental.

Estava, portanto, inaugurada a era cognitiva na área da psicoterapia, a partir de fatos que convergiram de forma decisiva para a emergência de uma perspectiva cognitiva, que se refletiu na proposição da Terapia Cognitiva como um sistema de psicoterapia, baseado em modelos próprios de funcionamento humano e de psicopatologia.

Aaron Beck

Mas quem é Aaron Beck, o criador da Terapia Cognitiva? Beck nasceu em 1921. Graduou-se em 1942 em Inglês e Ciências Políticas pela Brown University, seguindo para a Escola de Medicina da Universidade de Yale, onde completou sua Residência em Neurologia. Em 1953, certificou-se em Psiquiatria, e, em 1954, tornou-se Professor de Psiquiatria da Escola de Medicina da Universidade da Pennsylvania em Philadelphia. Nos anos 60, criou e dirigiu o Centro de Terapia Cognitiva da Universidade da Pennsylvania. Em 1995, afastou-se do Centro, fundando com sua filha Judy Beck o Beck Institute, em Bala Cynwid, um subúrbio de Philadelphia. Em 1996, retornou à Universidade da Pennsylvania como Professor Emérito, com um grande financiamento do NIMH – National Institute of Mental Health dos Estados Unidos. Além disso, vem recebendo inúmeros prêmios e honrarias de instituições ao redor de todo o mundo.

A Emergência da Terapia Cognitiva

Inicialmente, Beck propôs o modelo cognitivo de depressão, que evoluindo, resultou em um novo sistema de psicoterapia, que seria chamado de Terapia Cognitiva. Fundamentalmente, a influência mais importante, e a que deu origem à Terapia Cognitiva, foram os experimentos e observações clínicas do próprio Beck.

Na área de seus experimentos, Beck inicialmente explorou empiricamente o modelo psicanalítico da depressão como agressão retroflexa, ou seja, uma agressão do indivíduo contra ele próprio em uma tentativa de auto-punição. Através de estudos de exploração do conteúdo dos sonhos e de manipulação de humor e desempenho com depressivos, reuniu dados que contrariaram o modelo motivacional da psicanálise, e apontaram para a depressão como refletindo simplesmente padrões negativos de processamento de informação. Nessa época, Beck e colaboradores desenvolveram o Beck Depression Inventory, medida que se tornaria a escala de depressão mais amplamente utilizada em pesquisa em todo o mundo. A atual versão revisada do inventário foi publicada em 1996 (BDI-II), mas não está validada em Português.

Na área de suas observações clínicas, estas indicavam direções semelhantes. Beck observou que, durante a livre-associação, pacientes não estavam relatando um fluxo de pensamentos automáticos, pré-conscientes, rápidos, específicos, em um auto-diálogo ininterrupto. Investigando, notou que tais fluxos de pensamentos eram fundamentais para a conceituação do transtorno dos pacientes. Funcionavam como uma variável mediacional entre a ideação do paciente e sua resposta emocional e comportamental. Além disso, no caso dos pacientes depressivos, esses pensamentos expressavam uma negatividade, ou pessimismo, geral do

indivíduo contra si, o ambiente e o futuro.

Com base em suas observações clínicas e experimentos empíricos, Beck propôs sua teoria cognitiva da depressão. A negatividade geral expressa pelos pacientes não era um sintoma de sua depressão, mas antes desempenhava uma função central na instalação e manutenção da depressão. Além disso, depressivos sistematicamente distorciam a realidade, aplicando um viés negativo em seu processamento de informação. Beck aponta a cognição, e não a emoção, como o fator essencial na depressão, conceituando-a, portanto, como um transtorno de pensamento e não um transtorno emocional. Propôs a hipótese de vulnerabilidade cognitiva, como a pedra fundamental do novo modelo de depressão, e a noção de esquemas cognitivos.

Em 1967, Beck publicou sua primeira obra importante, "Depressão: Causas e Tratamento" (1967), à qual seguiu-se uma série contínua de publicações expressivas como "Terapia Cognitiva dos Transtornos Emocionais" (1976), obra na qual a terapia cognitiva já é apresentada como um novo sistema de psicoterapia, "Terapia Cognitiva da Depressão" (1979), a obra mais citada na literatura especializada, além de outras obras importantes, em que Beck e seus colaboradores desenvolvem e expandem os limites da Terapia Cognitiva, aplicada a uma ampla gama de transtornos.

Características Básicas

As principais características da Terapia Cognitiva, como um sistema de psicoterapia, são:

- Constitui um sistema de psicoterapia integrado. Combina o modelo cognitivo de personalidade e de psicopatologia a um modelo aplicado, que reúne um conjunto de princípios, técnicas e estratégias terapêuticas fundamentado diretamente em seu modelo teórico.

Conta, ainda, com comprovação empírica através de um volume respeitável de estudos controlados de eficácia. Em outras palavras, satisfaz os critérios básicos que lhe conferem o status de sistema de psicoterapia.

- Demonstra aplicabilidade eficaz, segundo estudos controlados, em várias áreas: na área tradicional da Psicologia Clínica, em que TC é aplicada à depressão, aos transtornos de ansiedade (ansiedade generalizada, fobias, pânico, hipocondria, transtorno obsessivo-compulsivo), à dependência química, aos transtornos alimentares, aos transtornos de stress pós-traumático, aos transtornos de personalidade, à terapia com casais e em grupo etc., com adultos, crianças e adolescentes. A Terapia Cognitiva padrão, reunindo técnicas e estratégias terapêuticas destinadas à realização de seus objetivos básicos, é modificada para aplicação a diferentes áreas de especialidade, refletindo modelos teóricos e aplicados particulares para cada classe de transtorno.
- Aplica-se ainda às áreas de educação, esportes e organizações, sendo também utilizada com sucesso como coadjuvante no tratamento de distúrbios orgânicos, área em que conta com um grande volume de estudos científicos. E, no caso particular das psicoses, as publicações se avolumam nas áreas de esquizofrenia e transtorno bipolar, indicando resultados encorajadores. Representa um processo terapêutico diretivo e semi-estruturado, orientado à resolução de problemas. É colaborativa, ou seja, reflete um processo em que ambos, terapeuta e paciente, têm um papel ativo e estabelecem colaborativamente metas terapêuticas, as agendas de cada sessão, tarefas entre sessões etc. Requer a socialização do paciente ao modelo, a fim de que

ele possa desempenhar seu papel como colaborador ativo. Envolve uma relação genuína entre terapeuta e paciente, baseada em empatia terapêutica, em que o terapeuta é amigável, caloroso e genuíno.

- As sessões, bem como o processo terapêutico, são semi-estruturadas, envolvendo tarefas entre as sessões. É focal, requerendo uma definição concreta e específica dos problemas do paciente e das metas terapêuticas.
- Tem um caráter didático, em que o objetivo não é unicamente ajudar o paciente com seus problemas, mas dotá-lo de um novo instrumental cognitivo e comportamental, através de prática regular, a fim de que ele possa perceber e responder ao real de forma funcional, sendo o funcional definido como aquilo que concorre para a realização de suas metas. Nesse sentido, as intervenções são explícitas, envolvendo feedback recíproco entre o terapeuta e o paciente. É um processo terapêutico de tempo curto e limitado, podendo sua aplicação variar entre aproximadamente 12 e 24 sessões, tornando-a apropriada ao contexto socioeconômico atual, e possibilitando sua utilização pelo sistema de saúde público, bem como pelos convênios e seguros de saúde.
- Mostra-se eficaz para diferentes populações, independentemente de cultura e níveis socioeconômico e educacional (Serra et al., 2001).

A reunião de todas essas características seguramente nos permite afirmar que a Terapia Cognitiva representa uma mudança de paradigma no campo das psicoterapias.

Entretanto, a Terapia Cognitiva parece fácil, mas não é! A média de trainees que se tornam proficientes em Terapia Cognitiva após o primeiro ano de treinamento em centros internacionais é de apenas 25%,

índice que tende a aumentar a medida que se prolonga o tempo de treinamento, apontando para a relevância do treinamento adequado. Recomenda-se, portanto, treinamento extenso e formal, com instrutores capacitados na área específica da Terapia Cognitiva, e supervisão clínica prolongada, até que o terapeuta esteja apto a atender independentemente.

Intervenção Clínica em Terapia Cognitiva

Destacamos diversas fases. Na primeira, enfatiza-se a definição da estratégia de intervenção, ou seja, a conceituação cognitiva do paciente e de seus problemas, a definição de metas terapêuticas e do planejamento do processo de intervenção. Na segunda fase, o terapeuta objetiva a normalização das emoções do paciente, a fim de promover a motivação do paciente para o trabalho terapêutico e sua vinculação ao processo. Nesse sentido, o terapeuta prioriza o que podemos chamar de intervenção em nível funcional, concentrando-se no desafio de cognições disfuncionais, iniciando os primeiros esforços em resolução de problemas, e encorajando o desenvolvimento, pelo paciente, de habilidades próprias para a resolução de problemas. Na terceira fase, o terapeuta enfatiza a intervenção em nível estrutural, ou seja, o desafio de crenças e esquemas disfuncionais, objetivando promover a reestruturação cognitiva do paciente. Na quarta fase, de terminação, promove-se, através de várias técnicas, a assimilação e generalização dos ganhos terapêuticos bem como a prevenção de recaídas. O objetivo último dos esforços terapêuticos é dotar o paciente de estratégias cognitivas e comportamentais, a fim de capacitá-lo para a promoção e preservação continuadas de uma estrutura cognitiva funcional.

O Princípio Básico da Terapia Cognitiva e o Modelo Cognitivo de Psicopatologia

O princípio básico da Terapia Cognitiva pode ser resumido da seguinte forma: nossas respostas emocionais e comportamentais, bem como nossa motivação, não são influenciadas diretamente por situações, mas sim pela forma como processamos essas situações, em outras palavras, pelas interpretações que fazemos dessas situações, por nossa representação dessas situações, ou pelo significado que atribuímos a elas. As nossas interpretações, representações ou atribuições de significado, por sua vez, refletem-se no conteúdo de nossos pensamentos automáticos, contidos em vários fluxos paralelos de processamento cognitivo que ocorrem em nível pré-consciente. O conteúdo de nossos pensamentos automáticos, pré-conscientes, reflete a ativação de estruturas básicas inconscientes, os esquemas e crenças, e o significado atribuído pelo sujeito ao real. Um exemplo simples para ilustrar esse princípio: suponhamos que nos encontremos casualmente com um amigo que não nos cumprimenta. Se pensarmos “ele não quer mais ser meu amigo”, nossa emoção será tristeza e nosso comportamento será possivelmente afastarmo-nos do amigo. Se, porém, pensarmos “oh, será que ele está aborrecido comigo?”, nossa emoção será apreensão e nosso comportamento será procurar o amigo e perguntar o que está havendo. Ou ainda, se pensarmos “quem ele pensa que é para não me cumprimentar? Ele que me aguarde!”, nossa emoção poderia ser raiva e o comportamento, confrontaríamos o amigo. Porém, diante da mesma situação, podemos ainda pensar “não me cumprimentou... acho que não me viu”; e, nesse caso, nossas emoções e comportamentos seguiriam inalterados.

Este exemplo ilustra, portanto, que nossas interpretações, representações, ou atribuições de significado atuam como variável mediacional entre o real e as nossas respostas emocionais e comportamentais. Daí decorre que, para modificar emoções e comportamentos, intervimos sobre a forma do indivíduo processar informações, ou seja, interpretar, representar ou atribuir significado a eventos, em uma tentativa de promover mudanças em seu sistema de esquemas e crenças. Essas intervenções objetivariam uma reestruturação cognitiva do paciente, o que o levará a processar informação no futuro de novas formas.

O modelo cognitivo de personalidade pode ser resumido como segue. Através de sua história, e com base em experiências relevantes desde a infância, desenvolvemos um sistema de esquemas, localizado em nível inconsciente ou, utilizando conceitos da Psicologia cognitiva, em nossa memória implícita. Esquemas, nesse sentido, podem ser definidos como super-estruturas cognitivas, que refletem regularidades passadas, conforme percebidas pelo sujeito. Ao processarmos eventos, os esquemas implicitamente organizam os elementos da percepção sensorial, ao mesmo tempo em que são atualizados por eles, em uma relação circular. Os esquemas ainda dirigem o foco de nossa atenção. Incorporadas aos esquemas, desenvolvemos crenças básicas e pressuposições intermediárias específicas para diferentes classes de eventos, as quais são ativadas em vista de eventos críticos elicitadores. A ativação dessas crenças reflete-se em nosso pré-consciente, nos conteúdos dos pensamentos automáticos, que representam nossa interpretação do evento, ou o significado atribuído a ele. Estes, por sua vez, influenciam a qualidade e intensidade de nossa emoção e a forma

de nosso comportamento, frente a essa determinada situação.

Daí decorre que a teoria cognitiva básica reflete um paradigma de processamento de informação, baseado em esquemas, como um modelo de funcionamento humano. Quanto ao sistema de processamento de informação, este envolve estruturas, processos e produtos, envolvidos na representação e transformação de significado, com base em dados sensoriais derivados do ambiente interno e externo. As estruturas e processos do sistema atuam a fim de selecionar, transformar, classificar, armazenar, evocar e regenerar informação, segundo uma forma que faça sentido para o indivíduo em sua adaptação e funcionamento. Central, portanto, para o modelo cognitivo é a capacidade para atribuição de significado.

Quanto ao modelo cognitivo de psicopatologia, de forma semelhante, este propõe que, durante o desenvolvimento e em vista de regularidades do real interno e externo, indivíduos podem gradualmente perder sua flexibilidade cognitiva, isto é, a capacidade para atualizar continuamente seus esquemas em vista de novas regularidades. Estes esquemas enrijecendo-se se tornariam disfuncionais, predispondo o indivíduo a distorções cognitivas e à resistência ao reconhecimento de interpretações alternativas, que, em conjunto com fatores biológicos, motivacionais e sociais, originariam os transtornos emocionais. Fundamental, portanto, para o modelo cognitivo de psicopatologia e o modelo aplicado de intervenção clínica é a hipótese da vulnerabilidade cognitiva, segundo a qual indivíduos portadores de transtornos emocionais apresentam uma rigidez, ou uma tendência aumentada a distorcer eventos, no momento de processá-los. E, uma vez feita uma atribuição, resistem ao reconhecimento de interpretações

alternativas. Outra hipótese básica para o modelo da Terapia Cognitiva refere-se à primazia das cognições, segundo a qual as cognições têm primazia sobre as emoções e comportamentos, embora não de uma forma rigidamente causal e temporal.

Princípios, Técnicas e Estratégias de Intervenção Clínica

Para se promover o que classificamos anteriormente de intervenção funcional sobre o conteúdo das cognições, com o objetivo de possibilitar ao paciente a modulação de suas emoções, necessitamos primeiramente levá-lo a identificar as cognições pré-conscientes que representam a base das emoções adversas, as chamadas “cognições quentes”. As pessoas naturalmente não entram em contato com seus pensamentos automáticos negativos no momento em que experienciam emoções adversas. É, portanto, necessário treinar pacientes para identificar seus pensamentos automáticos, encorajando, através de questionamento, uma re-encenação mental da situação, até finalmente fazermos a pergunta-chave: “o que estava passando por sua mente, pensamentos e imagens, no momento em que começou a sentir a emoção?”. É importante identificarmos pensamentos ou imagens que correspondam à qualidade e intensidade da emoção relatada. Identificada a cognição, passamos ao seu desafio, avaliando inicialmente o nível de crença na cognição e a intensidade da emoção associada. Para desafiar a cognição, podemos buscar evidências que a apoiem ou a contrariem, interpretações alternativas, por exemplo, “de que forma alternativa você poderia pensar?”, ou “como outro pensaria diante da mesma situação?”, ou ainda “como aconselharia outro na mesma situação?”. Podemos ainda recorrer a um desafio mais pragmático, perguntando “qual a sua meta nessa

situação?”, “a cognição ajuda ou atrapalha na realização de sua meta?”, e “qual o efeito de se crer em uma interpretação alternativa?”. Utilizamos enfim formas, apropriadas à situação, de questionamento socrático, ou seja, formas aparentemente imparciais, a fim de encorajar nosso paciente a re-significar ou re-interpretar a situação, utilizando outras linhas de raciocínio e outras perspectivas diante das mesmas classes de eventos. Ao final, solicitamos ao paciente que re-avalie agora seus pensamentos e emoções originais, encorajando-o a definir planos de ação para lidar com os mesmos eventos no futuro: como pensar, sentir e agir diferentemente? Além dessas técnicas de intervenção funcionais, podemos utilizar ainda técnicas de distanciamento ou deslocamento de atenção, visando a normalização das emoções, apenas mantendo em mente que tais técnicas promovem apenas alívio emocional temporário, devendo ser utilizadas com parcimônia e em alternância com tentativas efetivas de reestruturação cognitiva.

Inicialmente, conduzimos a identificação e os desafios de cognições em sessão; gradualmente, porém, encorajamos o paciente a realizar o mesmo entre as sessões, utilizando inclusive formulários para registro e desafio de pensamentos automáticos negativos, encontrados em manuais de TC.

Na fase intermediária da terapia, ou seja, de intervenção sobre esquemas e crenças, objetivamos a re-estruturação cognitiva do indivíduo, que o levará a processar o real de uma nova forma. Focalizamos, nessa fase, a identificação e desafio de crenças disfuncionais. Crenças representam os esquemas traduzidos em palavras. São consideradas disfuncionais quando predisõem a transtornos emocionais. Caracterizam-se por refletir rigidez, estarem associadas a emoções muito

fortes, denotarem um caráter excessivo, supergeneralizado, extremo e irracional, podendo, muitas delas, ser culturalmente reforçadas. Podem ser inferidas por corresponder a temas recorrentes durante o tratamento, tipos de erros cognitivos freqüentes, avaliações globais, por exemplo, “sou incapaz”, ou “ninguém me entende”, ou ainda “o mundo é cheio de perigos”, e memórias ou ditos familiares, por exemplo “tal pai, tal filho” ou “tirar 10 não é mais que obrigação”. A identificação de crenças requer um cuidado maior do que dos pensamentos automáticos, pois, se abordarmos uma crença precocemente, poderemos ativar a resistência do paciente, dificultando referências futuras à mesma crença. Necessitamos, portanto, através de esforços consistentes de conceituação cognitiva, baseados em toda a informação que conseguirmos coletar, refinar continuamente as nossas hipóteses de crenças disfuncionais, abordando-as apenas quando já se tornaram evidentes para o indivíduo. Em outras palavras, devemos abordar as crenças disfuncionais apenas quando já houver um volume considerável de evidências, que possibilitem ao paciente estar preparado para reconhecê-las como disfuncionais e estar motivados a substituí-las por crenças mais funcionais.

Na última fase, de terminação, conforme anteriormente indicado, empregamos uma variedade de técnicas para promover a generalização das estratégias adquiridas durante o processo clínico e das novas formas de perceber e responder ao real, reforçando-se o novo sistema de esquemas e crenças, em uma tentativa de se prevenir recaídas e garantir a preservação de uma estrutura cognitiva funcional.

Conclusão

Como vimos, a Terapia Cognitiva surgiu há poucas décadas, e nesse curto tempo tornou-se o mais validado e mais reconhecido sistema de psicoterapia, e a abordagem de escolha ao redor do mundo para uma ampla gama de transtornos psicológicos. A originalidade e o valor das idéias iniciais de Beck foram reforçados e expandidos através de um volume respeitável de estudos e publicações, refletindo hoje o que há de melhor no estágio atual do pensamento e da prática psicoterápica, um merecido tributo a Beck e seus colaboradores e seguidores, dentre os quais inúmeros profissionais no Brasil e no mundo têm o privilégio de figurar.

Ana Maria Serra

PhD em Psicologia e Terapeuta Cognitiva pelo *Institute of Psychiatry* da Universidade de Londres, Inglaterra.

Presidente Honorária da ABPC – Associação Brasileira de Psicoterapia Cognitiva.

Diretora do ITC – Instituto de Terapia Cognitiva, que atua nas áreas de clínica, pesquisa, consultoria e treinamento de profissionais, oferecendo regularmente Cursos e Palestras, dentre os quais um Curso de Especialização em Terapia Cognitiva credenciado pelo CFP – Conselho Federal de Psicologia.

E-mail: itc@itc.web.com

Site: www.itc.web.com