

# 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 Intervenção em Crise  
Terapia Cognitiva e Depressão  
Terapia Cognitiva e Suicídio
- 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

# 4

m ó d u l o

transtornos  
de ansiedade

## INTRODUÇÃO

Os transtornos de ansiedade, que compreendem a ansiedade generalizada, as fobias, a síndrome de pânico, o transtorno obsessivo-compulsivo, a ansiedade associada à saúde e hipocondria, e o transtorno de estresse pós-traumático, implicam em severa incapacitação em seus portadores. Sua incidência, segundo estudos recentes, vem aumentando de forma preocupante.

O presente módulo, o quarto nesta série de “Estudos Transversais”, tratará da aplicação da Terapia Cognitiva aos transtornos de ansiedade. Iniciaremos explicando as bases do modelo cognitivo dos transtornos de ansiedade, apresentando, em seguida, os modelos cognitivos específicos para as classes de transtornos mais frequentemente observados, quais sejam, as fobias, a síndrome de pânico, o transtorno obsessivo-compulsivo, a ansiedade associada à saúde e hipocondria, e o transtorno de estresse pós-traumático. Finalizaremos, abordando uma importante área de transtornos – o transtorno de preocupação excessiva (“worry disorder”) – área em que a TC vem-se destacando e que mereceu um livro recente, intitulado “The Worry Cure: Seven Steps to Stop Worry from Stopping You” [ainda sem título em português], de autoria de Robert Leahy, o autor do último artigo deste suplemento.

## O MODELO COGNITIVO BÁSICO DOS TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

Conforme vimos anteriormente, segundo o modelo cognitivo, a hipótese de vulnerabilidade cognitiva explicaria a instalação e manutenção dos transtornos emocionais. Essa hipótese propõe que o portador de um transtorno emocional tem uma tendência aumentada a cometer distorções ao processar o real interno e externo, além de uma rigidez que o levaria, uma vez cometida uma distorção, a resistir à consideração de interpretações alternativas. Segundo o modelo cognitivo, o ponto central para a experiência subjetiva de ansiedade diante de um evento não seria o evento em si, mas a atribuição de um significado ameaçador ou perigoso ao evento pelo sujeito. No caso específico dos transtornos de ansiedade, a experiência de ansiedade decorreria de uma atribuição exagerada de ameaça ou perigo a eventos que outros poderiam processar como neutros. A valência emocional ou ansiogênica de um evento não é, portanto, intrínseca, mas

relativa e subjetiva, porquanto reflete a forma particular de representação desse evento por cada sujeito. Como exemplo, temos o agorafóbico, que experiencia ansiedade em espaços abertos, em decorrência de uma forma subjetiva de processar ou representar espaços abertos, os quais, para outros, não carregam o mesmo significado de risco e perigo. Ou o portador de síndrome de pânico, que experiencia uma ansiedade incontrolável diante de uma taquicardia ou arritmia, que ele interpreta como um sinal iminente de um ataque cardíaco, mas que outros processam de forma neutra ou, na maioria das vezes, nem notam.

Ao tratar o paciente ansioso, promovendo a re-estruturação e a flexibilidade cognitivas, o terapeuta cognitivo tem como meta levá-lo a buscar interpretações alternativas a suas interpretações exageradamente catastróficas; e, em paralelo, capacitá-lo a avaliar eventos com maior realismo, neutralizando o sentido de risco ou perigo exagerado que ele vem imprimindo ao seu real, interno e externo.

## A hipótese de especificidade cognitiva

Essa hipótese reflete a proposição de uma correspondência entre o conteúdo das cognições e a qualidade e intensidade da emoção, bem como a forma do comportamento de um indivíduo diante de uma situação. Dessa forma, seqüências típicas de pensamentos automáticos pré-conscientes ocasionariam emoções típicas; por exemplo, pensamentos que refletem perda (“não sou nada sem o emprego que perdi” ou “sem meu casamento, a vida não vale a pena”), falta de algo (“não tenho capacidade para conseguir um bom emprego” ou “não tenho o afeto de ninguém”), ou baixo autoconceito (“sou um fracasso” ou “sou incapaz”), estariam associados a emoções de depressão. Enquanto que pensamentos que refletem um sentido exagerado de vulnerabilidade frente ao real (“se perder esse emprego, jamais conseguirei outro” ou “não suportarei se vier a ser abandonado”, ou ainda, “dor de cabeça: e se eu tiver um tumor cerebral?”) estariam associados à emoção de ansiedade. A hipótese de especificidade cognitiva é útil ao clínico, ao facilitar a identificação da cognição “quente”, que está associada à raiz da emoção, e que, desafiada, resultará na modulação da emoção pelo sujeito; ou, no caso particular dos transtornos de ansiedade, o desafio da cognição “quente” resultará na neutralização da experiência de ansiedade pelo sujeito ansioso.

## O perfil cognitivo típico do portador de um transtorno de ansiedade

Com base na hipótese de especificidade cognitiva podemos postular um perfil cognitivo típico para o portador de um transtorno de ansiedade, reunindo elementos que possibilitam a instalação e garantem a manutenção do quadro de ansiedade. Efetivamente, em termos de estruturas cognitivas, o ansioso tem tipicamente crenças disfuncionais focalizadas em ameaça física ou psicológica ao próprio indivíduo ou a seus outros significativos, que refletem um sentido aumentado de vulnerabilidade. Em relação ao modo de processamento cognitivo, o ansioso processa seletivamente sinais de ameaça, derivados de sua superestimação da própria vulnerabilidade, e descarta elementos contrários. Sua atenção autofocalizada aumenta, o que reflete a tentativa de controlar o estímulo ameaçador. Seus pensamentos automáticos refletem uma negatividade ou pessimismo geral, focalizam em ameaça ou perigo a si ou a seus outros significativos, e são orientados para o futuro, em forma de pensamentos negativos antecipatórios, particularmente como perguntas do tipo “e se?” (“E se eu esquecer tudo na hora da prova?”, “e se eu tiver um ataque cardíaco?”, “e se eu ficar ansioso e me descontrolar no elevador?”, ou “e se eu for abandonado e não suportar a solidão?”). Suas cognições pré-conscientes refletem rigidez; seu pessimismo dá origem ao caráter excessivamente catastrófico de suas interpretações, complementado pela rigidez, que o leva a “encalhar” nessa primeira interpretação e resistir ao reconhecimento de interpretações alternativas.

## A avaliação do real pelo ansioso

Paul Salkovskis (1996) propôs um modelo cognitivo de ansiedade que traduz, de forma criativa e eficiente, os fatores que interagem e determinam a intensidade da experiência de ansiedade pelo paciente, diante dos eventos que habitualmente desencadeiam sua resposta emocional – a ansiedade – e suas respostas comportamentais – as chamadas estratégias compensatórias.

Nesse modelo, quatro elementos, em sinergia, resultam na resposta de ansiedade, segundo a seguinte fórmula:

Probabilidade de ocorrência do evento temido	X	Grau de aversão do evento caso ocorra
Possibilidade estimada de enfrentamento	+	Possibilidade estimada de resgate

Este modelo é de extrema utilidade para explorarmos as características específicas ao quadro ansioso de cada paciente, para formularmos a conceituação cognitiva do caso, para planejarmos a intervenção e, finalmente, para promovermos o processo clínico. É recomendado ainda que seja apresentado ao paciente esse modelo, adaptado especificamente ao seu quadro clínico, como uma estratégia adicional facilitadora do progresso terapêutico.

## Fatores cognitivos de instalação e manutenção de quadros de ansiedade

Fatores cognitivos, ou modos específicos de processamento de informação utilizados por sujeitos ansiosos, podem reforçar cognições de ameaça e a conseqüente resposta de ansiedade, concorrendo dessa forma para a manutenção do quadro de ansiedade, através do seguinte processo. Diante de estímulos potencialmente ameaçadores, como situações, sensações ou pensamentos, o estímulo é processado pelo ansioso, segundo a equação acima apresentada, e a valência emocional do estímulo é avaliada, sendo, no caso do ansioso, freqüentemente superestimada. A superestimação do potencial de ameaça ou perigo do estímulo pelo indivíduo incitará a ativação de processos de atenção seletiva, que o levarão a concentrar sua atenção seletivamente nos elementos que confirmam sua expectativa de ameaça ou perigo e a descartar os elementos neutros ou os que, ao contrário, desconfirmam sua expectativa de risco aumentado. A percepção, através da atenção seletiva, de risco aumentado incitará nova avaliação, novo aumento da atenção seletiva, e assim por diante, fechando o primeiro ciclo vicioso para a manutenção do quadro disfuncional de ansiedade. Em paralelo, um segundo ciclo vicioso é acionado, refletido nas reações biológicas e fisiológicas associadas ao estado de ansiedade ativado em resposta ao estímulo; através da excitação, reações como taquicardia, tensão, respiração acelerada, tremor etc., podem ocorrer, que serão novamente avaliadas pelo indivíduo, através da equação

acima, como ameaças adicionais, resultando no reforçamento de suas idéias de vulnerabilidade frente ao real, implicando em um novo aumento das reações biológicas e fisiológicas, e fechando o segundo ciclo vicioso. Finalmente, um terceiro ciclo vicioso é acionado, em que os chamados comportamentos de busca de segurança – evitação, fuga, controle excessivo, monitoramento permanente, alerta, neutralização etc. – aos quais o indivíduo recorre em resposta a sua avaliação catastrófica do estímulo inicial impedem a desconfirmação da atribuição exagerada de ameaça ou perigo ao estímulo e concorrem para a manutenção do quadro de ansiedade.

### **Tópicos Especiais:**

#### **Modelos cognitivos específicos para os transtornos de ansiedade mais comuns**

##### ***Síndrome de pânico***

Diante de estímulos como situações, estresse, cansaço, pensamentos, ou simplesmente em decorrência de processos biológicos normais de auto-regulação, um indivíduo pode experimentar sensações físicas, como taquicardia, adormecimento, aceleração respiratória, aumento de pressão arterial, tontura, uma “pontada” no peito, ou outras sensações inespecíficas que ele, inclusive, tem dificuldade para descrever. As pessoas em geral descartam essas sensações como inofensivas, ou, na maioria das vezes, nem as notam. Mas o indivíduo propenso à ansiedade, e que, portanto, tem um esquema de vulnerabilidade, o qual já o predispõe ao constante automonitoramento, não apenas notará essas sensações, mas as interpretará como sinal de ameaça ou perigo iminente. Em resposta a essa avaliação catastrófica, o indivíduo entra em um estado de apreensão, o qual, embora infundado, acionará a resposta de ansiedade, que agravará as sensações físicas iniciais e acionará novas respostas fisiológicas normalmente associadas à apreensão. Esse agravamento e surgimento de novas sensações serão interpretados pelo ansioso como uma confirmação de que algo sério está realmente ocorrendo com ele – por exemplo, “estou tendo um ataque cardíaco” – reforçando a idéia inicial de ameaça ou perigo e intensificando ainda mais a ansiedade e as sensações associadas, em um crescendo que acaba resultando em um medo descontrolado, que denominamos de crise de pânico. Os comportamentos de busca de segurança,

comumente praticados pelo paciente, como visitas repetidas a médicos, que freqüentemente frustram paciente e médicos diante da não identificação formal de uma “doença”, o uso de psicofármacos, a esquiva de situações que o indivíduo associa com as crises, a dependência de outros etc. concorrem para impedir a desconfirmação da atribuição exagerada de um valor catastrófico às sensações iniciais. Vemos então que o elemento essencial para a instalação e manutenção da síndrome de pânico é a interpretação catastrófica de sensações freqüentes, que aciona um estado de apreensão e a espiral ascendente da ansiedade. Daí decorre que o tratamento para a síndrome do pânico requer a neutralização da atribuição catastrófica e do estado de apreensão infundado, através da desativação do esquema de vulnerabilidade, o desafio das interpretações distorcidas das sensações iniciais e o abandono dos comportamentos de segurança. Enfim, desativar a idéia de que as sensações iniciais sinalizam algum perigo ou ameaça de morte ou descontrole iminentes. Explica-se, dessa forma, a inoperância dos psicofármacos no tratamento do pânico, desde que este não decorre de um distúrbio neurofisiológico, mas cognitivo.

##### ***Fobia social***

A fobia social configura um transtorno de ansiedade comum associado a um alto grau de angústia e incapacitação em seus portadores. A TC desenvolveu um modelo específico para conceituação e tratamento da fobia social, que enfatiza os fatores que mantêm ativo o quadro e busca a desativação desses fatores. Entre os fatores de manutenção destaca-se um desvio de atenção seletiva, em que o paciente focaliza prioritariamente a auto-observação e monitoramento, utilizando esses dados para fazer inferências errôneas sobre o que outros estão pensando dele. Acrescente-se ao quadro uma grande variedade de comportamentos de busca de segurança, que impedem a desconfirmação de seus medos e acentuam a atenção seletiva e a auto-observação, fechando o ciclo vicioso. Sob o aspecto clínico, o modelo de tratamento enfatiza vários elementos: o desenvolvimento de uma conceituação cognitiva do caso clínico, baseado em uma revisão de recentes episódios de ansiedade social; “role-plays”, com e sem os comportamentos de busca de segurança, a fim de demonstrar o efeito adverso da atenção autofocalizada e dos comportamentos de busca de segurança, que conduzem a outras conseqüências negativas; demonstração, através

de várias técnicas, da inocuidade da auto-imagem do paciente e de suas idéias sobre sua imagem social; encorajar o re-direcionamento de atenção, da auto-observação para o comportamento do(s) interlocutor(es); modificação da auto-imagem social negativa; redução da ruminação pós-interações sociais, além de experimentos para testar suas previsões de avaliações negativas por outros.

### **Ansiedade associada à saúde e hipocondria**

A hipocondria é conceituada como um transtorno de ansiedade, em que o indivíduo interpreta de forma errônea variações e sensações corporais, bem como informações médicas indicando que ele possa estar gravemente doente. Tais interpretações distorcidas freqüentemente advêm de suposições gerais acerca de doenças, saúde e a classe médica, realizadas por indivíduos vulneráveis. A ansiedade relacionada a crenças de ameaça é mantida através de uma combinação de respostas fisiológicas, afetivas, cognitivas e comportamentais, e, muitas vezes, reforçadas pelo ambiente social. Esta teoria gerou o desenvolvimento de um tratamento altamente eficaz, validado por meio de diversos estudos controlados, o qual alia técnicas cognitivas e comportamentais à empatia terapêutica, de forma a fazer com que o paciente se sinta compreendido. Enfatiza-se a importância de estratégias que se utilizam do engajamento e da descoberta guiada, de forma a chegar a um consenso mútuo e neutralizar a preocupação excessiva com doenças e assuntos relativos à saúde e tratamentos.

### **Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC)**

A TC hipotetiza que o portador de um TOC sofre de obsessões em decorrência de uma tendência acentuada e relativamente estável de interpretar a ocorrência e o conteúdo de pensamentos intrusivos normais como um sinal de que ele possa tornar-se responsável por algum dano ou prejuízo a si ou a seus outros significativos. Sua estratégia compensatória é ritualizar, através de comportamentos compulsivos, aos quais ele atribui uma capacidade infundada de neutralizar os efeitos potencialmente danosos de seus pensamentos intrusivos. O tratamento, desenvolvido com base nesse modelo, tem vários componentes. Além disso, este objetiva ajudar o paciente a compreender seu problema como um transtorno, a compreender seus pensamentos intrusivos como normais e livres de significados ameaçadores, e a reagir conforme essa representação.

### **Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT)**

Imediatamente após a ocorrência de eventos traumáticos, muitas pessoas experienciam sintomas de TEPT. Muitos recuperam-se ao longo dos meses subseqüentes, porém, um grupo significativo desenvolve TEPT crônico. O modelo de Ehlers & Clark (2000) postula que há três fatores que contribuem para a manutenção do quadro: (1) pessoas com TEPT crônico demonstram avaliações excessivamente negativas do trauma e/ou seqüelas que geram uma sensação atual de ameaça; (2) a natureza da memória traumática explica a ocorrência de sintomas recorrentes; (3) a avaliação por parte dos pacientes motiva uma série de comportamentos e estratégias cognitivas disfuncionais (tais como supressão de pensamento, ruminação, comportamentos de busca de segurança), que têm como intuito reduzir a sensação de ameaça, porém concorrem para a manutenção do problema ao impedir mudanças em suas avaliações e de memória traumática, podendo ainda levar a um agravamento dos sintomas.

Com base neste modelo, a TC objetiva identificar e mudar as avaliações negativas idiossincráticas do trauma e/ou de suas seqüelas, de forma que o paciente abandone comportamentos e estratégias cognitivas responsáveis pela manutenção de seu quadro. Técnicas terapêuticas incluem a re-encenação mental do evento, para identificar significados associados, o questionamento socrático, experiências comportamentais e modificação imaginária. Estudos recentes comprovam a alta eficácia da TC no tratamento de TEPT.

### **LEITURAS RECOMENDADAS**

- Beck et al. (1990) *Anxiety Disorders and Phobia: A Cognitive Perspective*. New York, Basic Books.
- Clark, D. M. (2005) *Transtorno do Pânico: Da Teoria à Terapia*. In *Fronteiras da Terapia Cognitiva*, P. Salkovskis, São Paulo, Casa do Psicólogo.
- Salkovskis, P. M. (2005) *A Abordagem Cognitiva aos Transtornos de Ansiedade: Crenças de Ameaça, Comportamento de Busca de Segurança e o Caso Especial da Ansiedade e Obsessões Relativas à Saúde*. In *Fronteiras da Terapia Cognitiva*, P. Salkovskis, São Paulo, Casa do Psicólogo.

## TRANSTORNO DE PREOCUPAÇÃO EXCESSIVA: SETE PASSOS PARA SUPERAR SUAS PREOCUPAÇÕES

Robert L. Leahy, PhD

Tradução: Tatiana M. Martinez

Revisão: Ana Maria Serra, PhD

Todas as pessoas parecem preocupar-se; e quase todas recebem maus conselhos em como lidar com suas preocupações. Um típico preocupado crônico dirá: “Em toda a minha vida fui uma pessoa preocupada”. Preocupados crônicos levam quase dez anos para procurar psicoterapia – se é que algum dia procuram. E, ao longo desse tempo todo, vêm ouvindo maus conselhos que podem consistir do seguinte:

**“Você tem que pensar de forma mais positiva”.**

**“Você tem que acreditar em si mesmo”.**

As chances de que estes conselhos funcionem são praticamente nulas.

Quando percebi que muitos de meus pacientes procuravam terapia reclamando de suas preocupações, pensei: “Qual livro eu poderia recomendar?” Então eu comecei a me preocupar! Não havia nada disponível que realmente fizesse sentido. Mas, ao longo dos últimos oito anos, surgem novos e inovadores trabalhos sobre as razões pelas quais as pessoas se preocupam e como podemos ajudá-las. Decidi então começar a escrever um livro de auto-ajuda para pessoas que se preocupam excessivamente.

### Qual a melhor forma de se pensar a respeito das preocupações?

Imaginemos que estamos tentando ensinar uma pessoa – digamos alguém que vem de outro planeta, como Marte – “Aqui estão algumas regras sobre como se preocupar”.

Quais seriam essas regras?

1. Se algo ruim pode acontecer – se você é capaz de simplesmente imaginar – então é sua responsabilidade se preocupar a respeito.
2. Não aceite qualquer incerteza – você precisa saber com certeza.
3. Trate todos os seus pensamentos negativos como se fossem verdadeiros.
4. Qualquer coisa ruim que venha a acontecer é um reflexo de quem você é como pessoa.

5. O fracasso é inaceitável.
6. Livre-se de qualquer sentimento negativo imediatamente.
7. Trate tudo como se fosse uma emergência.

Pense a respeito. Agora que conhece as sete regras, você poderá se preocupar todos os dias de sua vida a respeito de algo que provavelmente nunca ocorrerá. Você tem aí o CAMINHO REAL PARA A INFELICIDADE!

Na realidade, estas sete regras são baseadas nas mais recentes pesquisas acerca da natureza das preocupações. O primeiro passo para lidar com suas preocupações é perguntar: “Qual a vantagem que você espera obter ao se preocupar?” Pessoas que se preocupam excessivamente acreditam que simplesmente ter um pensamento – como “Posso fracassar” – significa que elas devem se preocupar a esse respeito. Estas pessoas de fato acreditam que se preocupar irá prepará-las, motivá-las e evitar que jamais sejam surpreendidas. Preocupar-se é uma estratégia. Por exemplo, se você tem uma prova prestes a ocorrer, você poderá tentar qualquer uma das seguintes estratégias:

- 1) poderá se preocupar a respeito;
- 2) poderá se embebedar; ou
- 3) poderá estudar.

Qual dessas é a melhor estratégia?

Pedimos a pessoas que se preocupam excessivamente que distinguíssem entre preocupação produtiva e preocupação improdutivo. Por exemplo, se vou viajar de Nova York a Roma, uma preocupação produtiva envolve AÇÕES QUE POSSO TOMAR AGORA: posso comprar minha passagem aérea e reservar um quarto de hotel. Preocupação improdutivo envolve todos os “e se?” sobre os quais não posso fazer nada a respeito. Estes incluem: “E se minha apresentação não for bem?”, ou “E se eu me perder em Roma?”, ou ainda “E se alguém não gostar de mim?”.

Isso nos leva ao segundo passo – lidando com a incerteza. Pesquisas demonstram que pessoas que se preocupam excessivamente não toleram a incerteza. Ironicamente, 85% das coisas sobre as quais os preocupados se preocupam tendem a ter um resultado positivo. E, mesmo que o resultado seja negativo, em 79% dos casos, os preocupados dizem: “Lidei com isso melhor do que esperava”. Ajudamos os preocupados a comprometer-se a

aceitar a incerteza. Na verdade, você já aceita muitas incertezas na sua vida. Exigir certeza é inútil; portanto podemos procurar por algumas vantagens em se ter algum grau de incerteza. Estas incluem novidade, surpresa, desafio, mudança e crescimento. Caso contrário, a vida é entediante.

Juntamente com a aceitação de algum grau de incerteza, sabemos que pessoas que se preocupam de forma excessiva evitam experiências desconfortáveis. Então pedimos a estas pessoas que listassem todas as coisas que evitavam fazer e começassem a fazê-las. A meta, nesse caso, é “desconforto construtivo” e “imperfeição bem-sucedida”. Você tem de se sentir desconfortável para motivar-se a crescer e mudar; e o sucesso é adquirido a custo de imperfeições. Descobri que estas idéias podem ser muito fortalecedoras. Uma vez que você descobre que já está desconfortável (porque você é uma pessoa que se preocupa de forma excessiva e provavelmente está um pouco deprimido), você pode ao menos usar o seu desconforto para fazer progresso.

O terceiro passo refere-se à forma como você avalia o seu pensamento. Pessoas que se preocupam excessivamente têm uma “fusão pensamento-realidade”. Elas acreditam que “Se eu achar que há a possibilidade de eu vir a ser rejeitado, então isso se tornará realidade – a menos que eu me preocupe a respeito e faça todo o possível para que isso não ocorra”. Nesse sentido, as preocupações são como obsessões – pessoas tratam seus pensamentos como se já fossem fatos. Erros típicos de pensamento incluem “leitura de pensamento” (Ele acha que sou um perdedor), conclusões precipitadas (Eu não sei algo, portanto irei fracassar), racionalização emocional (Sinto-me nervoso, então as coisas não darão certo), perfeccionismo (Preciso ser perfeito para ser confiante), e descontar o positivo (O fato de que fui bem sucedido no passado não é garantia de nada). Os excessivamente preocupados também têm idéias de “emergência repentina” – tais como, pensamentos do tipo “descida escorregadia” (Se essa tendência continuar, as coisas poderão continuar desabando rapidamente) ou “armadilha” (Eu poderei cometer um erro e minha vida inteira poderá desmoronar). Os preocupados podem desafiar e testar seus pensamentos – “Qual o pior resultado, o melhor e o mais provável?”, “Quais as coisas que eu poderia fazer para lidar com um problema real?”, “Há evidências de que o resultado poderá ser ok?”, e “Estou fazendo as mesmas

previsões futuras erradas que eu sempre faço?”

O quarto passo para lidar com a preocupação excessiva é reconhecer como sua personalidade contribui para o problema. Também sabemos que as pessoas diferem entre si com relação ao que as preocupa. Algumas pessoas se preocupam a respeito de dinheiro, outras a respeito de saúde, e outras sobre o que outras pessoas pensam acerca delas. E a preocupação também está relacionada a sua personalidade. Por exemplo, você pode estar preocupado em ser abandonado ou em se tornar desamparado e incapaz de cuidar de si mesmo, ou pode estar preocupado de que não é religioso ou moral o suficiente, ou ainda de que não é superior aos demais. Podemos utilizar as técnicas da terapia cognitiva para ajudar as pessoas a modificar essas preocupações. Por exemplo, podemos examinar os custos e benefícios de pensar em termos tão rígidos – tudo ou nada. Ou você pode se perguntar que conselho poderia oferecer a um amigo na mesma situação. Ou podemos estabelecer experimentos, nos quais você não solicita proteção a outros, ou não precisa agir com perfeição, ou passe tempo sozinho (se você acha que sempre precisa de alguém). Você também pode praticar escrever afirmações assertivas ao familiar que o ensinou todas essas coisas negativas a seu respeito.

O quinto passo refere-se a suas idéias a respeito de fracasso. Preocupados acreditam que o fracasso é inaceitável – e que tudo pode ser visto como um possível fracasso. Se você vai a uma festa e alguém não é amigável, então VOCÊ FRACASSOU. Quando eu estava na faculdade, tinha um amigo, Fred, que fez um trabalho para uma disciplina de Economia. Era um plano de negócios de um serviço de remessa rápida noturna, nos Estados Unidos. Seu professor lhe deu uma nota baixa, alegando “Isto é irrealista. Nunca irá funcionar”. Ele se formou da faculdade e se tornou o fundador da FEDERAL EXPRESS. Fracasso?

Utilizo vinte estratégias para lidar com o medo do fracasso. Exemplos de dez destas estratégias incluem as seguintes:

- 1.** Eu posso focalizar naquilo que consigo controlar.
- 2.** Eu consigo focalizar em outros comportamentos que serão bem-sucedidos.
- 3.** Não era essencial ser bem-sucedido naquela tarefa.
- 4.** Adotei alguns comportamentos que não valeram a pena.

5. Todos fracassam em alguma coisa.
6. Talvez ninguém tenha notado.
7. Minha meta estava correta?
8. Fracasso não é fatal.
9. Os meus padrões eram altos demais?
10. Desempenhei melhor do que anteriormente?

O sexto passo aborda como você lida com suas emoções. Pesquisas demonstram que a preocupação é uma forma de evitação emocional – quando as pessoas engajam-se em preocupações estão ativando o lado “PENSANTE” de seus cérebros – e não se permitindo sentir uma emoção. A preocupação é abstrata. Quando interrompem a seqüência de “e se?”, estas pessoas experienciam tensão, suor, taquicardia ou insônia. Observamos que pessoas que se preocupam excessivamente têm dificuldade em rotular suas emoções e tendem a ter visões muito negativas sobre elas. Ajudamos preocupados a aceitar e valorizar suas emoções, a reconhecer que os outros também têm as mesmas emoções, que é normal ter “sentimentos conflitantes”, e que as emoções dolorosas podem sinalizar suas necessidades e refletir seus mais altos valores. Emoções são temporárias – se você permitir que elas ocorram.

Finalmente, pessoas que se preocupam excessivamente acreditam que o mal chegará muito em breve. Acreditam que o fracasso, a rejeição, a ruína financeira, ou doenças fatais as atingirão muito rapidamente. Tudo é uma emergência: “Eu preciso saber agora mesmo”.

Ensinamos estas pessoas a desligar o senso de urgência, a se distanciar de seu medo do futuro, e a viver e apreciar o momento presente. Os excessivamente preocupados também podem se imaginar entrando em uma máquina do tempo e perguntado-se: como me sentirei um mês após o evento ter ocorrido – se é que um dia realmente ocorrerá? Como tenho lidado com problemas que de fato existem? E, sobre o que me preocupei no ano passado? Interessantemente, uma vez que a maioria das preocupações nunca torna-se realidade, essas pessoas freqüentemente dizem, “Eu não consigo recordar sobre o que me preocupei no ano passado”. Isto nos revela que o que o está preocupando neste momento é algo que logo você esquecerá.

#### **Robert Leahy, PhD**

Diretor do American Institute for Cognitive Therapy; Professor, Depto. Psiquiatria, Cornell University Medical College, Presidente da IACP – International Association for Cognitive Psychotherapy; Presidente-Eleito da Academy of Cognitive Therapy.

#### **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](mailto:itc@itc.web.com)  
Site: [www.itc.web.com](http://www.itc.web.com)