

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

o 1º módulo

casais e famílias
crianças e adolescentes
prevenção da depressão

TERAPIA COGNITIVA COM CASAIS

Frank M. Dattilio, PhD, ABPP,
Harvard Medical School

(Tradução por Carla Andrea Serra,
Revisão por Ana Maria Serra, PhD)

Algumas excelentes intervenções foram desenvolvidas para o tratamento de casais. À medida que a taxa de divórcio continuou aumentando ao redor do mundo, as sociedades voltaram a empreender esforços no sentido do fortalecimento dos casamentos deteriorados. Assim, o aconselhamento conjugal tornou-se uma alternativa cada vez mais popular na tentativa de remediar os relacionamentos perturbados. Entre os estilos de intervenções conjugais, um que conquistou reconhecimento crescente, tanto entre o público como entre os profissionais da saúde mental, foi a Terapia Cognitiva (TC).

Distúrbios psicológicos derivam de erros específicos de pensamento, que foram denominados “distorções cognitivas”. Esses erros podem ser habituais e envolver julgamentos e decisões baseados em interpretações das ações de uma outra pessoa, que podem envolver uma inferência arbitrária. Outros erros comuns do sistema de raciocínio são abstração seletiva, supergeneralização, maximização ou minimização, pensamento dicotômico e personalização. O conceito de distorções cognitivas aplica-se a casais, cujas expectativas recíprocas são violadas. Casais desenvolvem crenças básicas sobre relacionamentos em geral e sobre a natureza das relações entre casais muito cedo em suas vidas. Essas crenças podem ser derivadas de fontes primárias, tais como os pais e a mídia, ou refletir expectativas desenvolvidas a partir de namoros precoces ou de uma idealização sobre o que deveriam ser casamentos e relacionamentos (Dattilio & Padesky, 1995).

Esquemas cognitivos

À medida que essas crenças ou idéias se desenvolvem, elas se tornam sedimentadas ou constituem o que os terapeutas cognitivos chamam de esquemas. É o esquema, ou crença básica, que gera certos pensamentos automáticos sobre o relacionamento, particularmente quando expectativas são violadas. Quase sempre, esses pensamentos tendem a ser negativos e se baseiam em informações infundadas. A partir desses pensamentos, expectativas são formadas e impostas ao cônjuge. Quando essas expectativas são baseadas em informações errôneas ou falsas, elas conduzem a novas expectativas não-realistas, que podem resultar na erosão da satisfação conjugal e contribuir para interações disfuncionais. Um exemplo é o caso de Rafael e

Maria, que demonstraram um dos mais comuns desentendimentos entre casais, envolvendo a noção de que “uma vez apaixonados, os casais continuam dessa maneira para sempre, sem terem de trabalhar para o desenvolvimento de seu relacionamento”. Conseqüentemente, depois de vários anos de casamento, quando Rafael e Maria começam a notar que parte do “brilho” não estava mais presente entre eles, entraram em pânico e desenvolveram pensamentos automáticos, tais como “talvez não tenhamos sido feitos um para o outro desde o início” e “nosso amor deveria ser ‘espontâneo’ e não algo que requer muito trabalho”. Como resultado desses pensamentos automáticos e crenças, Rafael e Maria impuseram pressão um ao outro para demonstrar expressões mais espontâneas de amor. Essas demandas não-realistas, infelizmente, colocaram pressão exagerada no relacionamento, inibindo-os ainda mais, e aumentando a ponto de se isolarem um do outro e chegarem à beira da separação.

Intervenção em Terapia Cognitiva

A terapia cognitiva com casais focaliza os estilos gerais de pensamentos e percepções dos casais, as crenças básicas sobre relacionamentos, e a natureza das interações entre os parceiros. As cognições são vistas como sendo diretamente responsáveis pela insatisfação subjetiva de cada cônjuge com o relacionamento e são abordadas especificamente durante o tratamento.

Inicialmente, o terapeuta cognitivo conduz uma conceituação do caso, reunindo informações sobre os antecedentes de ambos os parceiros e sobre seu relacionamento, e focalizando as expectativas que cada um mantém sobre a natureza da intimidade em seu relacionamento. Isso pode ser feito tanto de modo não estruturado (o estilo próprio do terapeuta), como através do uso de instrumentos estruturados. Habitualmente inclui a história completa do relacionamento do casal, juntamente com detalhes sobre suas vidas como solteiros ou casados anteriores ao período de seu relacionamento.

Inventários e questionários sobre relacionamentos também são utilizados, em uma tentativa de obter informações adicionais sobre a maneira pela qual os parceiros vêem um ao outro e o problema presente no relacionamento. Como um método auxiliar a fim de melhor entenderem o modelo cognitivo de terapia com casais, pode-se recomendar bibliografia aos casais durante a fase de avaliação, tais como *Para além do amor* (Beck, 1995) ou *Fighting for Your Marriage* (Markman, Stanly & Blumberg, 1994). Uma vez que essas informações tenham sido reunidas, os cônjuges são atendidos em sessões individuais em dias diferentes. Durante as sessões particulares, as metas do terapeuta são explorar mais as percepções pessoais

sobre o relacionamento, focalizar especificamente pensamentos e crenças sobre mudança, e obter informação mais detalhada sobre como cada parceiro vê o outro e o relacionamento em si. Além disso, é posto um foco específico na exploração dos pensamentos automáticos e emoções de cada parceiro, a fim de descobrir crenças básicas. Por exemplo, durante a sessão individual com Rafael, diversos itens de um dos questionários foram revisados com ele, a fim de clarificar sua percepção sobre o seu relacionamento com Maria. Um dos itens ao qual Rafael havia atribuído grande importância era a frase “Eu não conseguiria fazer nada para melhorar o nosso relacionamento mesmo que eu tentasse”. A partir dessa frase, o terapeuta pode começar solicitando a Rafael que elabore sobre seus pensamentos automáticos, utilizando uma técnica denominada de “flecha descendente”. Essa técnica é utilizada para explorar a sequência de pensamentos do indivíduo e relacionar suas emoções aos pensamentos automáticos. Nesse caso, o terapeuta identifica o pensamento automático do indivíduo através do questionamento Socrático, e continua a explorar, perguntando “se isso for verdadeiro, o que significa para você?” Por exemplo, a técnica da flecha descendente seria aplicada à afirmação de Rafael deste modo:

Pensamentos automáticos: Eu não conseguiria fazer nada para melhorar o nosso relacionamento mesmo que eu tentasse > a culpa é toda dela > Então, a situação não tem solução. > Nós estamos condenados > Divórcio é a única saída.

Reações emocionais: Frustração > raiva > depressão > desespero > apatia.

Pensamentos automáticos desempenham um papel essencial na angústia que acomete casais com problemas. Através de técnicas, tais como a flecha descendente e outras, pode-se identificar o pensamento automático de um indivíduo e vinculá-lo às respostas emocionais correspondentes. O próximo passo é ajudar indivíduos a avaliar as evidências a favor de seus pensamentos automáticos. Fazendo isso, o terapeuta é capaz de ajudar os cônjuges a identificar pensamentos distorcidos e rotulá-los conforme as classes de distorções apresentadas acima. Por exemplo, o terapeuta pode pedir a Rafael que se pergunte: “qual a evidência a favor de minha afirmação – ‘eu não posso fazer nada para melhorar o relacionamento? Qual a evidência contrária a minha afirmação? Poderia haver uma explicação alternativa?” É também importante ao terapeuta ajudar Rafael a equilibrar algumas de suas respostas emocionais através do exame de suas afirmações sobre o relacionamento.

Suponhamos que a evidência a favor das afirmações de Rafael é que ele já tentou fazer o máximo que podia

para melhorar seu relacionamento com Maria. Pede-se a ele que se pergunte: “há coisas que talvez eu tenha deixado passar?”, e que avalie suas idéias sobre como melhorar o relacionamento por outro ângulo.

Avaliando as evidências e desenvolvendo afirmações racionais e respostas alternativas, Rafael é capaz de ver que seu pensamento automático original era distorcido e que a classe de distorção é a “abstração seletiva”. Ele também pode ver a conexão entre re-estruturar seus pensamentos e mudar sua emoção. Neste caso, a emoção de Rafael muda de frustração para sentir-se mais esperançoso, mas ainda com alguma cautela. Essa técnica é usada com ambos os cônjuges e pode ser feita na sessão conjunta. Pode também ser recomendada regularmente como tarefa entre as sessões. As tarefas entre as sessões constituem também um aspecto importante em TC, pois servem para consolidar o que é aprendido durante as sessões terapêuticas.

Infelizmente, muitos casos não aderem facilmente a esse tipo de pensamento re-estruturado, e outras técnicas necessitam ser empregadas. Quando um terapeuta pergunta ao casal sobre incidentes, argumentos, ou pensamentos automáticos anteriores, eles muitas vezes não são capazes de recordar todos os detalhes. O uso de imagens e técnicas de re-encenação mental pode ser útil para que o casal recorde seu diálogo, ou seja, onde estavam e o que faziam no momento do incidente, bem como as emoções que estavam sentindo naquele momento. Uma vez que conseguem capturar a imagem, pede-se que encenem a situação exatamente como ela ocorreu. Isso inclui a visualização por eles de seus pensamentos automáticos naquele momento e a anotação de pensamentos específicos, juntamente com respostas alternativas. Esse exercício permite que o terapeuta veja onde o casal está errando, mas, o mais importante, encoraja o casal a monitorar seus pensamentos automáticos e a considerar respostas alternativas que possam aplicar a situações futuras.

Re-enquadramento de percepções distorcidas

É interessante que, quando os casais em terapia são questionados sobre as qualidades que os fizeram sentir-se atraídos por seu parceiro, algumas vezes eles respondem dando uma lista de adjetivos que são contrários aos adjetivos utilizados atualmente para descrever o parceiro. Por exemplo, quando perguntei o que inicialmente atraiu Maria a Rafael, ela enumerou as seguintes qualidades “esperto, sensível, cuidadoso, e com um grande senso de humor”. Depois, quando solicitada a enumerar as áreas de descontentamento, ela disse que Rafael era “barato, ignorante, manipulativo, bobo e ridículo”. Quando essas

características foram alinhadas com as demais, Maria pôde ver que a sua visão atual das qualidades de Rafael era contrária à visão original sobre ele. Ou seja, sua percepção do que um dia eram qualidades desejáveis, agora era visto com desdém. Isso conduz à seguinte questão: foi Rafael quem mudou ou foi a percepção que Maria tinha sobre ele que mudou – ou talvez os dois!?

O terapeuta deve ajudar o cônjuge a entender que o sentimento uma vez presente ainda existe, mas num parâmetro diferente, e que reestruturar esse parâmetro, vendo o lado positivo dessas características, pode ajudar a perceber o relacionamento de uma forma diferente.

Estrutura do processo clínico

De modo geral, as sessões de TC com casais são de curto prazo, mas algumas situações podem necessitar de mais sessões. A frequência das sessões depende da natureza e severidade dos conflitos do casal, bem como do quanto abertos eles estão a resolver esses conflitos. As sessões terapêuticas são tipicamente conduzidas pelo menos uma vez por semana e, mais adiante, podem ser mais espaçadas a fim de possibilitar mais tempo para a conclusão de tarefas.

Os casais habitualmente recebem tarefas de casa e deverão dispor de tempo suficiente para cumpri-las e praticar os exercícios recomendados. Tais tarefas podem envolver o monitoramento dos pensamentos automáticos e a avaliação de evidências. As tarefas em conjunto podem envolver exercícios estruturados de comunicação e a tomada conjunta de decisões.

À medida que o casal começa a progredir, as sessões são agendadas a cada duas semanas ou, às vezes, até com menos frequência, dependendo da avaliação do relacionamento pelo terapeuta. As sessões eventualmente são reduzidas a visitas mensais, por aproximadamente três meses, com sessões de reforço agendadas quando necessário. As sessões de reforço envolvem a revisão dos princípios básicos de terapia de casal e o reforço pelo casal das técnicas aprendidas. Podem também envolver a abordagem de situações de crise específicas e o processamento dessas situações de acordo com o modelo. É importante que o casal observe as mudanças individuais que devem ser feitas, a fim de desenvolver um relacionamento bem-sucedido.

Sugestões de Leitura:

Beck, A. T. (1995) *Para Além do Amor*, Rio de Janeiro: Ed. Record.

Dattilio, F. M. (2004). *Casais e famílias in P. Knapp (Ed.). Terapia cognitiva comportamental na prática psiquiátrica (377-401)*. Porto Alegre: Artmed.

Frank M. Dattilio

Ph. D., ABPP.

Professor de Psiquiatria na Harvard Medical School e Psicólogo Clínico. Um dos pioneiros em TC com casais e famílias; já se apresentou em mais de 40 países, publicou 13 livros e mais de 200 artigos e capítulos em obras especializadas, traduzidos em 22 idiomas e utilizados em treinamento em todo o mundo.

TERAPIA COGNITIVA COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Ana Maria Serra, PhD, *Terapeuta Cognitiva, Especialista em Psicologia Clínica.*

ITC - Instituto de Terapia Cognitiva

O modelo da Terapia Cognitiva (TC), aplicado a crianças e adolescentes, envolve aspectos qualitativamente diferentes do modelo aplicado a adultos, contendo particularidades adequadas a essa população. A literatura especializada, embora de volume ainda um pouco limitado, aponta a eficácia da TC também nessa área, que se reveste de especial relevância em vista de dados empíricos que apontam um aumento preocupante, nas últimas décadas, na incidência de transtornos emocionais em crianças e adolescentes, aliado a uma redução na idade de ocorrência do primeiro episódio.

Questões relevantes à aplicação de TC em crianças e adolescentes

Uma importante questão refere-se à forma como crianças e adolescentes buscam tratamento. Com raras exceções, elas são levadas por pais ou cuidadores, ou encaminhadas por educadores ou por outros profissionais. Daí decorrem dificuldades, como, por exemplo, a ausência de motivação própria da criança ou adolescente para o tratamento, o que representa uma área inicial de dificuldade. Outra possível, e importante, dificuldade refere-se ao grande número de crianças e adolescentes que necessitam e se beneficiariam de tratamento, e que, no entanto, jamais chegam ao contato com os profissionais especializados.

Como o divórcio afeta crianças e adolescentes? Reduz ou aumenta o estresse familiar? Teria efeito diferencial sobre diferentes fases de desenvolvimento de crianças e adolescentes? Uma avaliação abrangente e um monitoramento próximo auxilia as decisões clínicas dos profissionais envolvidos.

A questão mais crítica: pais, cuidadores e profissionais podem prever e evitar o suicídio da criança e do adolescente? Com relação ao suicídio, há diferenciais especificamente relativos à criança e ao adolescente que os diferenciam dos adultos, como um dado particularmente relevante e grave apontado por estudos: a criança e o adolescente se suicidam

impulsivamente. Este dado evidencia a importância de atenção a fatores de predisposição para o suicídio e a necessidade de tratamento adequado em caso de suspeita de ideação ou comportamento suicida em crianças e adolescentes.

Como o desenvolvimento intelectual afeta o ajustamento de crianças e adolescentes? Em muitos casos, identifica-se a dificuldade de se diferenciar entre déficits – por exemplo, de ordem cognitiva – e desajustes psicológicos. Este aspecto é tratado com mais detalhe a seguir.

Questões especiais

Há importantes diferenças entre o modelo da TC aplicado a adultos e o modelo da TC aplicado a crianças e adolescentes. Fatores relevantes devem ser considerados, específicos dessa faixa etária, com destaque para questões de desenvolvimento, questões de identidade, a contribuição da família à etiologia, à instalação e à manutenção do transtorno, bem como a relevância do envolvimento da família no tratamento; questões relativas à sexualidade e desenvolvimento de atividades sexuais; e questões relativas à socialização, que, junto com a definição da identidade, têm uma relevância destacada especialmente entre adolescentes.

Há contextos que denotam a necessidade de considerações especiais, como o caso da criança ou adolescente vítimas de violência física e sexual; a criança ou adolescente envolvido com abuso ou dependência de substância psicoativa; a criança ou adolescente suicida; a criança ou adolescente hospitalizados, especialmente aqueles com história de hospitalizações longas, durante ou após a hospitalização. Finalmente, enfatizamos a questão do uso de psicofármacos em crianças e adolescentes, particularmente tendo em vista a imprevisibilidade, no estágio atual de desenvolvimento dos psicofármacos, dos efeitos a médio e longo prazo do uso de medicamentos sobre o desenvolvimento estrutural e funcional da criança, e, em consequência, em seu desenvolvimento psicossocial.

TC com crianças e adolescentes

Na fase inicial, priorizamos a avaliação e conceituação do caso, bem como o planejamento da intervenção. Coletamos dados, junto ao jovem paciente e aos familiares, sobre história familiar, possíveis correlatos biológicos, incidência de transtornos afetivos ou distúrbios de aprendizagem na criança ou adolescente e nos familiares, podendo ainda necessitar requisitar avaliações médicas e avaliações neuropsicológicas e cognitivas. A possibilidade de co-morbidades também requer exploração. Com base nesses dados, definimos a estratégia de intervenção clínica.

Na fase intermediária, a condução da intervenção

envolve identificação de pensamentos automáticos e crenças básicas e disfuncionais, bem como a intervenção funcional, centrada sobre as cognições, e tentativas de re-estruturação cognitiva, centrada sobre as crenças. A identificação de áreas de problemas e definição de metas e estratégias para a sua realização é empreendida em paralelo, objetivando o desenvolvimento de habilidades de resolução de problemas. Outro aspecto que requer atenção refere-se à percepção da variabilidade emocional do jovem, a fim de identificar e controlar os fatores precipitadores de alteração emocional. Além das técnicas cognitivas, técnicas de intervenção comportamental, especialmente os experimentos comportamentais, são largamente utilizadas. Na fase final, priorizamos o reforço das habilidades cognitivas e comportamentais adquiridas, ao mesmo tempo em que promovemos a internalização das habilidades cognitivas. Através de várias técnicas, promovemos ainda a generalização das habilidades e ganhos terapêuticos, visando a prevenção de recaídas. Desafiamos os pensamentos automáticos da criança e adolescente com relação à terminação e aumentamos o intervalo entre as sessões.

Nas fases, promovemos, de várias formas, o envolvimento da família, inclusive convidando os pais a participarem das sessões, com o objetivo de modelar para os mesmos comportamentos e habilidades de comunicação funcionais, sensibilizá-los e obter sua colaboração com relação aos esforços para o desenvolvimento de habilidades de resolução de problemas no paciente, resolver conflitos envolvendo a criança e demais familiares, entre outros. A identificação do papel da criança ou adolescente na família é de fundamental importância para a conceituação cognitiva do caso e a condução da intervenção. A estrutura familiar, incluindo três gerações, deve ser estudada, recordando que o sistema familiar reflete um organismo vivo e em mudança e acomodação. Agendas encobertas do paciente e dos familiares devem ser exploradas e abordadas, a fim de evitar que estas impeçam o progresso terapêutico. Problemas de natureza social e policial, dos pacientes e familiares, que sugerem condutas desviantes, também necessitarão ser abordados.

Alguns fatores podem interferir com a terminação, como a falta de recursos de apoio no sentido da manutenção dos ganhos terapêuticos; a opção dos pais por uma terapia prolongada, em que possam continuar dividindo a responsabilidade pelo desenvolvimento da criança ou adolescente, ou a idéia dos familiares de que a mudança é linear e progressiva, portanto, quanto mais terapia, melhor; ou o terapeuta pode representar um obstáculo à terminação, devido a sua insegurança,

especialmente com relação à manutenção de ganhos e prevenção de recaídas. A aliança terapêutica, cuja qualidade é de essencial relevância para o progresso clínico, requererá especial atenção, especialmente com relação a possíveis fontes de dificuldades devido, por exemplo, a fatores específicos do paciente, de seus familiares ou do terapeuta, fatores referentes ao transtorno, ou fatores inerentes à fase de desenvolvimento em que se encontra o jovem paciente.

Conclusão

Algumas recomendações são úteis na aplicação da TC a crianças e adolescentes: enfatizar a aliança terapêutica, com o paciente alvo e membros de seu sistema familiar e social, incluindo esses membros no processo terapêutico; reconhecer o narcisismo de crianças e adolescentes, bem como a importância de questões como identidade e sexualidade; adotar uma postura objetiva, enfatizando o empirismo colaborativo e questionamento socrático, favorecendo perguntas ao invés de afirmações; estar alerta ao afeto das crianças e adolescentes, desafiando cognições de culpa; operacionalizar o abstrato, enfatizando a resolução de problemas; evitar a postura binária, especialmente com relação a questões morais; elaborar e reformular sempre a conceituação cognitiva, do paciente e familiares; atualizar as metas terapêuticas; estar alerta para flutuações de humor e sinais comportamentais sutis. Acima de tudo, recordar sempre que você, terapeuta, atua como modelo, devendo portanto continuamente enfatizar em sua atuação as habilidades que deseja desenvolver em seu paciente.

Sugestões de Leitura

Kendall, P.C. *Childhood Disorders*, Inglaterra: Ed. Psychology Press, Cornwall, 2000.

Reinecke, M.A., Dattilio, F.M., Freeman, A., *Terapia Cognitiva com Crianças e Adolescentes*, Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 1999.

PREVENÇÃO DE DEPRESSÃO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Programa de re-treinamento em estilos de atribuição

Ana Maria Serra, PhD

Dados empíricos apontam um aumento preocupante na incidência de transtornos emocionais em crianças e adolescentes nas últimas décadas, em associação a uma redução na idade de ocorrência do primeiro episódio depressivo. Estudos indicam uma incidência média de 9% de depressão severa entre crianças e

adolescentes. Nesse contexto, tornam-se relevantes os modelos de prevenção e tratamento da depressão infantil e da adolescência, destacando-se entre esses o modelo cognitivo. Aqui, não focalizaremos o tratamento de transtornos depressivos já instalados. Ao contrário, utilizando o modelo cognitivo de personalidade e de instalação e manutenção de depressão, em associação com a teoria dos estilos de atribuição, focalizaremos um programa de prevenção de depressão em crianças e adolescentes.

Sintomas de Depressão em Crianças e Adolescentes

Como em adultos, a depressão infantil e na adolescência está marcada por alterações a estas dimensões: pensamento, humor; comportamento e orgânicas. Os sintomas mais comuns são, primeiro, a tristeza, a marca central da depressão, associada ou não a flutuações de humor. A criança e o adolescente deprimidos avaliam-se negativamente, e, em consequência de seu autoconceito negativo, têm baixa auto-estima, ou seja, gostam-se menos. Outros sintomas: tendência ao isolamento social e à solidão; queixas generalizadas, como de rejeição; baixa energia, inclusive para atividades físicas e de lazer, as quais atraem crianças e adolescentes; falta de disposição para iniciar tarefas, tendendo a retardá-las, como no caso das tarefas escolares; queixas de cansaço injustificado; queixas frequentes de distúrbios orgânicos, como dores de cabeça ou de barriga; distúrbios de atenção e de concentração; maior irritabilidade e agressividade; quadros de medo inexplicado e de terror noturno; transtornos alimentares, com aumento ou redução de apetite; transtornos de sono, incluindo dormir mais ou menos do que o habitual, ou ainda despertar durante a noite; tiques; distúrbios de eliminação, como enurese noturna; e, finalmente, os sintomas mais graves de ideação ou comportamento suicidas. Os sintomas de depressão infantil se confundem com transtornos de comportamento ou de caráter, podendo ser alvo de críticas de pais e educadores, que não percebem estarem diante de um quadro de depressão.

Estilos explicativos ou de atribuição

Apresentamos anteriormente a teoria dos estilos de atribuição no artigo sobre TC nas organizações. Aqui, abordaremos a mesma teoria, mas aplicada a crianças e adolescentes. É proposto que o estilo de atribuição de uma pessoa representa um dos mecanismos responsáveis pelo desenvolvimento de seu sistema de esquemas cognitivos. A atuação sobre o estilo de atribuição de uma criança teria reflexos sobre a formulação e re-formulação de seus esquemas cognitivos, que refletem suas impressões sobre as regularidades do real.

Propomos que, diante de um evento, uma criança pergunta “por quê?”, “a que fatores se deve o evento?” Sua resposta a essa pergunta reflete suas idéias sobre regularidades do real interno e externo e será incorporada aos seus esquemas cognitivos, em uma relação circular entre esses e o real. Seligman propõe que, caso a pergunta da criança ou adolescente seja “quem?”, “a quem se deve tal evento?”, sua resposta influenciará sua auto-estima. Caso sua pergunta seja “por quanto tempo os fatores determinantes desse evento atuarão ou se aplicarão?” ou “como os fatores determinantes desse evento se aplicam a outros campos de atuação?”, então suas respostas a essas perguntas influenciarão o que essa criança ou adolescente fará em situações semelhantes no futuro. Tais perguntas, e suas respectivas respostas, podem ser classificadas em três dimensões correspondentes: personalização (“a quem se deve?”), permanência (“por quanto tempo?”) e abrangência (“como afeta outros campos?”). Detalhando, cada uma dessas dimensões remete a duas possibilidades principais, como veremos no quadro abaixo:

DIMENSÃO	PENSAMENTOS TÍPICOS
Personalização	“eu” vs. “outros”
Atribuição interna	“eu sou a causa”
Atribuição externa	“a causa se deve a outras pessoas ou circunstâncias”
Permanência	“algumas vezes” vs. “sempre”
Atribuição permanente	“a causa é algo que persistirá”
Atribuição temporária	“a causa é algo transiente”.
Abrangência	“muitas situações” vs. “algumas”
Atribuição global	“a causa afetará muitas situações”
Atribuição específica	“a causa afetará apenas algumas situações”

Adaptado de M.Seligman, 1995

Os eventos podem ser divididos em positivos e negativos, como, por exemplo, ser aprovado ou reprovado no Vestibular para um adolescente de 18 anos. Teríamos as seguintes possibilidades de explicação para cada um dos resultados, que seriam determinadas pelo estilo de atribuição do adolescente em questão:

DIMENSÃO	EVENTO POSITIVO “Aprovação no Vestibular”	EVENTO NEGATIVO “Reprovação no Vestibular”
Personalização		
Atribuição Interna	“Porque sou bom” (O)	“Porque não sou bom” (P)
Atribuição Externa	“O Vestibular foi fácil” (P)	“O Vestibular foi difícil” (O)
Permanência		
Atribuição Permanente	“Os fatores que causaram minha aprovação permanecerão” (O)	“Os fatores que causaram minha reprovação permanecerão”(P)
Atribuição Temporária	“Os fatores que causaram mi-nha aprovação são temporários” (P)	“Os fatores que causaram minha reprovação são temporários” (O)
Abrangência		
Atribuição Global	“Os fatores que causaram minha aprovação afetam outras áreas de minha atuação” (O)	“Os fatores que causaram minha reprovação afetam outras áreas de minha atuação” (P)
Atribuição Especifica	“Os fatores que causaram minha aprovação são específicos a essa área de atuação (intelectual)” (P)	“Os fatores que causaram minha reprovação são específicos a essa área de atuação (intelectual)” (O)

O = Otimista; P = Pessimista

Note que as formas como a criança ou o adolescente explica um evento positivo ou negativo determinarão o que fará em uma próxima oportunidade na mesma área de atuação. Se explicar um evento positivo de forma interna, permanente e global, ou um evento negativo de forma externa, temporária e específica, ele se sentirá seguro e motivado em uma próxima oportunidade; se, no entanto, explicar um evento positivo de forma externa, temporária e específica, ou um negativo, de forma interna, permanente e global, sua tendência será esquivar-se ou sentir-se inseguro em uma próxima ocorrência. Nesse sentido, os estilos de atribuição podem ser classificados como otimistas (O) e pessimistas (P).

Otimismo e Pessimismo

Definimos o otimista como aquele que acredita na possibilidade de sucesso, mesmo na ausência de provas concretas. O pessimista, por outro lado, é aquele que não acredita na possibilidade de sucesso mesmo na presença de provas concretas. Os estilos otimista e pessimista mostram-se associados a estados disposicionais distintos, como motivação e satisfação, no primeiro caso, e ansiedade e depressão, no segundo. Cabe destacar que os ingredientes para o sucesso, em qualquer área de atividade, são: competência, adquirida através de exposição, aprendizado e experimentação; motivação, ou seja, o impulso em direção a um desafio ou tarefa; e autoconfiança ou otimismo, a crença de que poderá ter sucesso em um determinado empreendimento ou desafio se tentar. A criança ou o adolescente com um estilo de atribuição otimista para eventos positivos e negativos, e sentindo-se, portanto, motivada e segura, tenderá a materializar na prática toda a sua competência. Ao contrário, a criança ou o adolescente com um estilo de atribuição pessimista, terá sua motivação e autoconfiança negativamente afetados, o que se interporá como um obstáculo à expressão de sua competência.

É inevitável nos questionarmos sobre o aspecto realista ou não realista dessas formas de atribuição, quando otimistas e pessimistas explicam os mesmos eventos de formas diametralmente opostas. Quem está correto? Onde se situa o realismo e a objetividade? Estudos na área de psicologia cognitiva apontam que pessimistas são mais realistas do que otimistas. Entretanto, estudos na área clínica indicam que o pessimismo é um ingrediente invariavelmente presente em quadros de depressão e ansiedade. É como se sugeríssemos que uma dose de distorção a seu favor é necessária para um indivíduo não cair em depressão ou ansiedade. O que se poderia concluir é que, satisfeitos os critérios de competência e motivação, o estilo de atribuição desejável equivaleria ao que poderíamos denominar de otimismo realista, ou seja, o estilo daquele que, além de satisfazer os critérios da competência e da motivação, ainda acredita na possibilidade de sucesso mesmo na

ausência de provas concretas. Este sugerimos ser o estilo de atribuição funcional, que desejaríamos instilar em nossas crianças e adolescentes, sempre enfatizando, no entanto, a observância da atribuição com precisão. Segundo esse raciocínio, o otimismo não realista, ao contrário, estaria associado à tendência ao transtorno emocional.

Conclusão

Que nós, adultos, possamos compreender o impacto que tudo o que dizemos e fazemos tem sobre nossas crianças. E que possamos usar esse impacto para desenvolver nelas esquemas de capacidade, adequação e estima, para que se tornem adultos otimistas e capazes de enfrentar as dificuldades da vida.

Sugestões de Leitura:

- Seligman, M.E.P. (2005) *Aprenda a ser otimista*. (2ª. Ed.) Rio de Janeiro: Nova Era.
- Seligman, M.E.P. (1995) *The Optimistic Child*. New York: Harper.

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