

Terapia cognitiva: aspectos históricos, teóricos e terapêuticos

Luiz Fernando de Lara Campos*
Makilim Nunes Baptista**

A terapia cognitiva se constitui em uma das principais propostas psicoterápicas da atualidade, principalmente pelo crescimento de publicações e pesquisas, observado nas últimas duas décadas.

Entretanto, somente nos últimos anos esta abordagem tem ganho mais destaque na literatura nacional, principalmente pela tradução de algumas obras fundamentais (Beck e Freeman, 1993; Scott, Williams e Beck, 1994; Dattilio e Freeman, 1995; Beck, 1997) e a produção de escritos nacionais, como o organizado por Rangé em 1995.

No Brasil, embora o aumento de interesse seja visível, a produção científica na área é rara ou insuficiente, bem como os cursos de especialização, indicando a necessidade não apenas de formação de psicoterapeutas cognitivos, mas também de pesquisadores nesta abordagem que possam validar empiricamente as técnicas e teorias advindas de outras culturas. O centro da terapia cognitiva se encontra na Pensilvânia (Estados Unidos) e conta com cursos de especialização, pós-doutorado e supervisão clínica na linha cognitiva. Provavelmente, as diferenças culturais entre a realidade brasileira e a norte-americana, principalmente em termos culturais, devem ser melhor estudadas a fim de se evitar a transposição direta de uma teoria a realidades bem diferentes.

O objetivo deste trabalho é apresentar alguns dos principais aspectos teóricos e práticos da terapia cognitiva, contribuindo assim para a sua divulgação junto à comunidade acadêmica e profissional.

Surgimento e desenvolvimento

A terapia cognitiva (TC) é uma das propostas psicoterápicas que mais atenção vem recebendo na literatura, principalmente nos últimos dez anos (Rangé, 1995).

A primeira forma de TC foi a *Terapia Racional Emotiva Comportamental* (REBT)¹ (Ellis, 1962), de modo que a grande maioria dos métodos terapêuticos cognitivistas são direta ou indiretamente dela derivada (Rangé, 1992; Foa & Steketee, 1987).

RESUMO

O presente trabalho aborda a Terapia Cognitiva, sua origem, conceitos fundamentais e proposta terapêutica. São exemplificados os conceitos de crença, esquema cognitivo, cognições e Terapia Cognitiva.

PALAVRAS CHAVE

Terapia Cognitiva, terapia comportamental, Cognições.

¹ O termo "comportamental" foi introduzido na denominação deste enfoque em 1993, uma vez que as aproximações teóricas entre a terapia racional-emotiva e a terapia comportamental justificavam, segundo Ellis (1993), a alteração.

* Departamento de Psicologia da Universidade São Francisco.

** Departamento de Psicologia da Universidade Paulista e Universidade Braz Cubas.

Este modelo foi postulado em 1962 por Albert Ellis, na época um psicanalista norte-americano (Ellis e Dryden, 1987) que propôs um esquema de funcionamento cognitivo denominado "A-B-C", onde "A" é um evento ativador de "B"², que são pensamentos a respeito de "A". Por sua vez, os pensamentos em "B" geram conseqüências em "C", que podem ser motoras, cognitivas ou emocionais.

Embora existam vários estudos sobre a grande validade e limites da REBT (Rimm & Master, 1983; Gossette e O'Brien, 1993; 1992), o maior desenvolvimento da TC ocorreu a partir da obra de A. T. Beck (Beck e cols., 1979; Rangé, 1995; Beck, 1997), que influenciou decisivamente o seu desenvolvimento estabelecendo os parâmetros atuais, embora a REBT ainda continue a ser objeto de estudo e produção científica. Ambas, na realidade, podem ser consideradas modalidades de terapias de base cognitiva.

A influência de Beck e seu grupo ocorreu principalmente por seu maior esforço científico (Beck e cols., 1979; Beck e Freeman, 1993; Scott, Williams e Beck, 1994), que acabaram por desenvolver, a partir da proposta de Ellis, uma nova proposta psicoterápica para o que hoje é conhecida como terapia cognitiva.

Vale ressaltar que em seu surgimento a REBT foi muitas vezes classificada como um novo enfoque psicoterápico, aparecendo em muitos manuais de psicologia como uma proposta independente, como pode ser observado no livro de Burton (1978).

Nessa mesma época, a terapia comportamental também ganhava força, principalmente pelos trabalhos de Wolpe (1976) e Yates (1975), entre outros.

Inicialmente baseada apenas nos princípios operante e clássico, a terapia comportamental rapidamente ganhou espaço no meio clínico e científico, principalmente pela sua maior eficácia e comprovação.

Concomitantemente com o desenvolvimento da proposta comportamentalista, o desenvolvimento teórico do final dos anos 60 e início dos anos 70, marcada pelo trabalho de Bandura (1969), Mahoney (1974) e Meichenbaum (1977), permitiu que a REBT pudesse ser avaliada dentro do behaviorismo social, que enfatiza mais o aspecto cognitivo (Bandura, 1987). Finalmente, no final dos anos 70, ambas as propostas já eram utilizadas conjuntamente, criando a terapia comportamental-cognitiva. Em termos de behaviorismo, a terapia cognitiva pode ser considerada como fruto do desenvolvimento de sua proposta metodológica (Rangé, 1995).

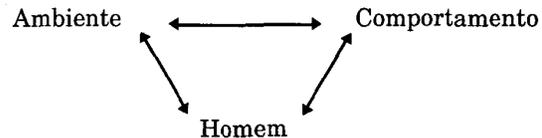
Quanto à semelhança entre a terapia cognitiva e a comportamental, existem vários estudos que avaliaram os aspectos em comum, com a maioria indicando para não existência de diferenças significativas no que tange à relação cliente-terapeuta e à eficácia (Lazarus, 1971;

Rimm e Master, 1983; Beck e Freeman, 1993). Os estudos sugerem, ainda, que a maior taxa de eficácia é obtida com a utilização conjunta de ambas as propostas.

Entretanto, muitas vezes os psicoterapeutas preferem atuar baseado apenas em um dos enfoques, sugerindo que esta decisão é guiada pelo estilo do terapeuta e sua visão científica. A divergência teórica e filosófica existente entre as correntes comportamentais (radical, metodológica, social ou cognitivista) é, na maioria dos casos, o ápice desta escolha. Contudo, não é objetivo no presente escrito abordar essas questões, devendo os interessados buscar informações nos escritos de Staats (1987), Bandura (1969) e Matos (1995).

Fundamentos da TC: o aparelho cognitivo

Na terapia cognitiva, o determinismo do comportamento humano não está em estruturas psíquicas inconscientes, como no caso da psicanálise, ou pré-determinadas biologicamente. Também não se encontra totalmente no ambiente como para os comportamentalistas. O conceito mais frequentemente utilizado é o de *Determinismo Recíproco*, ou seja, o homem nasce com um potencial biológico, o qual será desenvolvido em função das suas experiências e relações com o meio ambiente (Bandura, 1969; 1987), sendo que o indivíduo pode ser visto e determinado pela relação multideterminista entre:



Desde o seu nascimento, o ser humano está em contato com o meio ambiente, no qual mantém uma série de experiências. Essas vivências, através dos princípios de aprendizagem (clássica, operante e vicária), irão fornecer elementos para que o indivíduo estabeleça um padrão de comportamento adequado ou não no seu meio ambiente. O resultado deste processo de aprendizagem e experiência pode ser denominado de estruturas cognitivas, ou seja, formas de avaliações baseadas no conhecimento que o sujeito possui e que servem de base para o pensamento.

É interessante notar que Beck e cols. (1979) não estabelecem diferenças significativas entre cognições e pensamentos, sendo os termos muitas vezes utilizados como sinônimos. Outro termo designado para identificar o substrato cognitivo deste processo são as *crenças*, o qual pode ser definido como uma regra para a ação, seja ela motora, cognitiva ou emocional (Bem, 1972).

² Termo originário da palavra Belief em inglês.

Não se devem confundir crenças religiosas ou dogmas com o conceito de crença proposto por Beck, onde as diferenças são bastante observáveis. Crença pode ser definida também como um significado estabelecido que auxilia o ser humano no entendimento dos eventos e no processamento das informações providas do meio ambiente.

Um exemplo de crença pode ser expresso na idéia de um indivíduo sobre o seu padrão de beleza, ou seja, não se achar bonito como as outras pessoas. Esta crença pode influenciar, de maneira particular, como o sujeito percebe os acontecimentos do seu cotidiano. Se este sujeito estiver almoçando em um restaurante e algumas pessoas da mesa ao lado começarem a rir, a probabilidade de este indivíduo achar que o motivo das risadas provém da sua feiura pode ser aumentada, o que não aconteceria com um outro indivíduo, que poderia achar que as risadas são conseqüência de uma piada contada.

Contudo, as diferenças e semelhanças entre crenças e cognições não são muito claras, pois ao mesmo tempo que Bem (1972) aponta para uma regra de ação cognitiva, outros, como Beck e cols. (1979), não estabelecem critérios precisos entre esta diferença.

Na busca de respostas para as questões que enfrenta no dia a dia, o ser humano utiliza suas cognições no processo de avaliação e resposta ao seu meio ambiente. A avaliação se inicia com o processamento dos eventos ambientais pelos sentidos, de forma que, a partir da percepção do evento, o indivíduo significa o fato que está ocorrendo, tendo como base sua memória e cognições/crenças. Apenas após a significação é que ocorre a resposta, seja esta motora, emocional, seja cognitiva.

O acontecimento de um evento leva o indivíduo a processar as informações dele oriundas, no sentido de estabelecer um significado para ele, de tal sorte que possa responder adequadamente no contexto em que se encontra.

A premissa principal nesta proposta remete à evolução do "A-B-C" de Ellis, na qual o indivíduo formula interpretações de eventos em seu mundo a partir de regras cognitivas (crenças), as quais se inter-relacionam formando uma estrutura complexa e dinâmica, denominada de aparelho cognitivo (Mahoney, 1974).

As crenças em um primeiro momento podem ser confundidas com os pensamentos que o indivíduo elabora sobre o evento, mas não podem ser consideradas como equivalentes, pois são padrões pelos quais o pensamento será elaborado.

Uma rápida comparação com a computação pode ajudar na compreensão do problema. No caso de o indivíduo estar utilizando um programa para computador, tipo Word for Windows, os comandos, as janelas, as operações do editor, o que é visível na tela, poderia ser denominado de pensamento, enquanto toda a programação e a linguagem utilizada para a execução das tarefas na tela seriam consideradas crenças ou cognições do indivíduo.

As crenças servem de base para que o pensamento ocorra, embora, semelhantemente, o próprio pensamento possa influenciar as crenças. É o que se denomina de diálogo interno: como os pensamentos serão elaborados e articulados internamente a fim de propiciar uma resposta adequada. O diálogo interno permite ao indivíduo avaliar e estabelecer parâmetros de compreensão e resposta ao evento em questão. Pode ser considerado como uma fala interna do tipo monólogo que acaba por influenciar o comportamento do indivíduo, podendo estar relacionado na identificação de desempenhos anteriores, motivação, auto-avaliação, busca de memória, preparo de estratégias para novas tarefas e formação de hipóteses (Meichenbaum, 1977).

Segundo Dobson e Franche (1996), o modelo cognitivo reconhece muito mais do que apenas os processos e produtos cognitivos: inclui a interdependência entre cognição, afeto, comportamento e fisiologia, ou seja, a avaliação multidimensional do problema.

No entanto, os mesmos autores atentam para o fato de não estarem totalmente claros alguns conceitos, como a natureza dos esquemas e crenças, ou mesmo a vulnerabilidade cognitiva para o desenvolvimento de determinados transtornos (por exemplo: transtornos depressivos ou fobias específicas), já que não se pode afirmar em que grau essa vulnerabilidade é constituída de predisposição genética, primeiras experiências ou modelação social, sugerindo ainda maiores investigações futuras com relação a esses tópicos.

Outro ponto fundamental, e que também foi proposto por Ellis (1962), é a noção de racionalidade e irracionalidade das crenças de um indivíduo. Racionalidade neste caso não possui o sentido lógico como na filosofia, mas sim a idéia de que a cognição em si representa uma alta probabilidade de adequação do comportamento do indivíduo ao seu meio ambiente, enquanto irracionalidade indica o contrário.

A importância da racionalidade ou irracionalidade da cognição é fundamental para a terapia cognitiva, pois indica uma das possíveis fontes dos distúrbios cognitivos, emocionais e comportamentais dos indivíduos. Na analogia com um programa de computador, é como um defeito ou distorção de programação na parte de cálculo estatístico. O usuário executa a operação, o computador responde, mas o número apontado não está de acordo com a realidade, ou seja, o indivíduo percebe o evento, processa as informações dele oriundas, mas o significado e a resposta ao evento está distorcida. Para ilustrar isto pode-se citar o indivíduo com transtorno paranóide de personalidade, onde ele possui uma forma de processar os eventos baseados na idéia de que *as outras pessoas não são confiáveis, e sim ameaçadoras*.

Em todas as situações que este sujeito experimentar contatos sociais, será enviesado por esta estratégia de

pensamento. Por exemplo: um indivíduo realiza uma primeira entrevista com um psicólogo e, durante a sessão, pensa: "Ele me tratou muito bem, mas está escondendo algo atrás desta gentileza. Ele quer saber meus segredos para me chantagear".

O pensamento que o cliente formulou baseia-se no seu funcionamento cognitivo. Por mais gentil, atencioso e profissional que o psicólogo possa ter sido, a dimensão controladora da avaliação de seu comportamento é a forma de processar este evento, que, por ser distorcida e absoluta, não permite uma adequada significação do evento.

A origem da irracionalidade está no fato de que os indivíduos não possuem a tendência de verificar a veracidade de suas idéias e crenças (Campos, 1995), de modo que suas percepções de mundo se tornam auto-reforçadoras, mantendo-se assim estáveis e com baixa probabilidade de modificação natural. Esta afirmação está baseada na suposição de que o homem não possui a tendência natural de checar suas crenças, percepções e pensamentos.

Esta tendência de sempre estar buscando verdades pessoais pode ser melhor explicada pelo conceito de *Atenção Seletiva*, na qual o indivíduo procura explicações para confirmar suas verdades. Um exemplo claro de atenção seletiva pode ser descrito na própria psicologia, onde profissionais de uma determinada linha teórica tendem, com mais facilidade, a encontrar incoerências e pontos falhos nas outras linhas teóricas divergentes da sua.

Assim, a forma pela qual o indivíduo seleciona as informações a respeito dos eventos é guiada por suas próprias cognições, de modo que sua atenção seletiva acaba por captar estímulos no ambiente que possuem maior probabilidade de confirmar seu estilo cognitivo e não confrontá-lo.

Embora a TC não utilize diretamente a noção de irracionalidade e racionalidade proposta por Ellis (1973), preferindo a noção de análise cognitiva em termos de funcionalidade ou não dos esquemas cognitivos, as crenças propostas por este autor são guias muito úteis na prática clínica, significando, talvez, as mais freqüentes formas de funcionamento disfuncionais.

As crenças irracionais podem ser consideradas como sendo do tipo absolutista e pouco flexível para mudanças. Como exemplo, pode-se citar a crença irracional *Todas as pessoas devem me aprovar no meu jeito de ser*. Ao contrário, as crenças racionais são aquelas mais voltadas para o real, mais flexíveis e menos extremistas, podendo ser expressa por idéias semelhantes a esta: *Gostaria que a maioria das pessoas me aprovassem, porém sempre haverá pessoas que discordem de mim*. Quanto mais racionais forem as crenças, menos distorcido será o significado do evento, ocorrendo menor probabilidade de o indivíduo ter emoções inadequadas na situação (raiva, culpa, ira).

As crenças irracionais identificadas por Ellis (1973) são:

- 1) Uma pessoa deve ser estimada ou aprovada por todas as pessoas virtualmente importantes em sua vida.

- 2) Uma pessoa deve ser plenamente competente, adequada e realizada sob todos os aspectos possíveis, para que se possa considerar digna de valor.
- 3) Certas pessoas são más, perigosas ou desprezíveis, e deveriam ser censuradas e punidas por suas maldades.
- 4) É horrível e catastrófico quando as coisas não acontecem exatamente como a pessoa gostaria muito que acontecesse.
- 5) A infelicidade humana é causada por razões externas, e as pessoas têm pouca ou nenhuma capacidade de controlar seus sofrimentos e preocupações.
- 6) Se alguma coisa é, ou poderá vir a ser, perigosa ou apavorante, o indivíduo deve ficar tremendamente preocupado e pensar persistentemente na possibilidade de esta coisa acontecer.
- 7) É mais fácil evitar do que enfrentar certas dificuldades e responsabilidades pessoais na vida.
- 8) Uma pessoa é dependente das outras e precisa de alguém mais forte do que ela para poder confiar e apoiar-se.
- 9) O passado de uma pessoa é o determinante pessoal de seu comportamento atual, e o fato de alguma coisa haver afetado seriamente sua vida, deverá influenciá-la indefinidamente.
- 10) Uma pessoa deve ficar extremamente preocupada com os problemas de outras pessoas.
- 11) Existe sempre uma solução correta, precisa e perfeita para os problemas humanos, e é uma catástrofe quando a solução exata não é encontrada.

Para Mahoney (1974), as crenças (ou cognições) são os principais constructos da terapia cognitiva, devendo ser compreendidos em termos de seus quatro pilares: pensar, sentir, comportar e interagir. Para este autor, as crenças podem ser classificadas em:

- a) Primárias: são aquelas formadas sem confirmação empírica, pois são informações provenientes da fase inicial da vida, basicamente originárias do meio familiar, em uma etapa do desenvolvimento na qual o indivíduo não consegue checá-las ou validar empiricamente.
- b) Secundárias ou de ordem superior: podem requerer confirmação empírica e formam cadeias complexas de inter-relação, formadas principalmente a partir do final da infância e início da adolescência, onde o indivíduo já possui condições de avaliar as situações de uma forma mais crítica e ponderada.

No caso de uma criança que foi continuamente punida quando tentava expressar emoções, talvez tenha sido desenvolvida uma crença primária do tipo: *é errado expressar emoções*. Quando adolescente esta crença primária pode se tornar secundária (ou derivada) e ser expressa no nível afetivo e comportamental como: *homem que é homem não chora*. Neste sentido não haveria a expressão de sentimentos, nem tampouco o comportamento de chorar.

Para Mahoney (1974) as origens das crenças remetem a dois princípios:

- 1) Ensaio e erro (primárias). No caso acima exemplificado, o processo de manifestação de emoção e punição, verbalizações dos pais e modelação podem ter sido responsáveis pela formação desta crença, uma vez que a criança, ao nascer, não dispunha de informações e estratégias inatas para lidar com a emoção. Dessa forma, por manifestação da emoção (ensaio) e punição (erro), a crença foi formada.
- 2) Justificativa lógica, ou por manutenção de um estado afetivo/emocional ou por congruência lógica entre comportamento e crença. Já neste caso, a partir da visão de que expor emoções é errado, a pessoa justifica a crença *Homem não chora com a argumentação de que emoção é coisa dos fracos e mulheres*.

Uma das diferenças da terapia cognitiva em relação à REBT é que esta concebe um aparelho cognitivo estruturado em níveis de crenças, o qual serve também de guia de atuação para o psicoterapeuta. Esse aparelho pode ser delineado em termos de uma espiral, onde a base sejam as crenças primárias, no centro as crenças secundárias e no topo as atitudes e valores, de modo que o produto final seja o comportamento.

Graficamente, uma forma de entender o aparelho cognitivo é:



As crenças primárias servem de base para a formação das secundárias que, por sua vez, determinam através de uma ampla variedade de combinações as possibilidades de atribuir significado por parte do indivíduo através de seus valores e atitudes.

As cognições de um indivíduo estão, portanto, organizadas em níveis de complexidade, formando uma rede de combinações denominada de constelação cognitiva, que resulta em um esquema de prontidão para o funcionamento cognitivo e a ação de responder ao meio ambiente.

Este esquema cognitivo (ou *set*) também é o responsável por toda a ativação cognitiva que o evento gera, envolvendo memória, pensamento e o próprio diálogo interno. Caso este *set* cognitivo seja disfuncional, ele não tenderá a modificar-se de acordo com a estimulação ambiental, repetindo o tipo de ativação cognitiva a despeito da mudança ambiental, com o auxílio da atenção seletiva. Para este quadro disfuncional o termo utilizado é modo, e será este o responsável pela eliciação dos pensamentos automáticos do indivíduo, a significação privada irreal e as conseqüentes emoções distorcidas (Rangé, 1995).

O indivíduo pode estar avaliando as situações em um modo ou esquema depreciativo; sendo assim, as risadas da mesa ao lado podem gerar pensamentos automáticos (*Eu sou feio; Todos me zombam*) que causam tristeza (emoção) e, conseqüentemente, comportamentos observáveis (o indivíduo levanta e vai embora do restaurante por não agüentar a suposta zombaria).

O processo terapêutico deve, sempre que possível, observar a ordem inversa no sistema de reestruturação cognitiva, iniciando-se pelo comportamento para se determinar a crença/cognição.

Outro ponto importante na terapia cognitiva é o conceito de domínio ou campo pessoal (Beck e cols., 1979). O campo pessoal é composto por todos os objetos tangíveis (carro) ou não (conceito de justiça), animados (pais) ou não (casa), com os quais o indivíduo mantém relações afetivas. No centro do campo pessoal está o autoconceito do indivíduo, agregado com seus valores, características pessoais, atributos físicos, etc. Graficamente, uma forma de conceber o campo pessoal pode ser assim exemplificada:

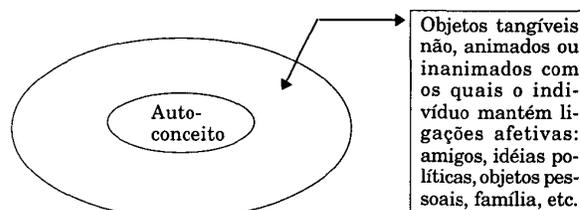


Figura 1 – Caracterização gráfica de campo pessoal

O campo pessoal é um conceito fundamentalmente útil para explicar as emoções que os indivíduos sentem após significarem um evento (Beck e cols. 1979).

O aparelho cognitivo do ser humano tem como função precípua fornecer compreensão sobre os eventos que cada indivíduo experiencia. Entretanto, este significado pode variar de acordo com as crenças do sujeito, de modo que em uma mesma contingência dois indivíduos possuam respostas diferentes em funções de processos de significação divergentes.

Cada evento possui sempre dois significados: o público e o privado. O significado público é a definição objetiva do evento sem qualquer avaliação pessoal. Já o significado privado é freqüentemente fantasioso e pessoal, pois se baseia nas cognições pessoais do indivíduo que não tem a oportunidade e a tendência de checar a sua autenticidade e validade.

Quando da ocorrência de um evento, ocorre o seu processamento, tendo como base o diálogo interno (pensamento ou cognições), de modo que seja atribuído um significado, o qual será diretamente relacionado com a resposta motora, emocional e cognitiva.

Para exemplificar a questão do processo de significação, pode-se considerar a seguinte situação: *Um rapaz marcou um encontro com sua namorada às 21h na porta da universidade. Entretanto, ele chegou às 21h30. Sua namorada começou imediatamente a chorar. Quando o namorado chega ao encontro têm-se dois significados; o significado público deste evento, que é: Ele chegou 30 minutos atrasado, e o significado privado, que poderia ser: Ele não gosta mais de mim, se gostasse realmente de mim ele chegaria no horário.* Pode-se perceber que em nenhum momento houve tempo ou a tendência da parceira em checar ou verificar algum dado real em relação ao atraso. O significado privado foi simplesmente atribuído em termos de seus valores, crenças e experiências passadas. O choro da namorada foi a resposta emocional emitida a partir da significação do evento.

Deste modo, a natureza das respostas emocionais do indivíduo são diretamente determinadas pela forma com que os indivíduos significam os eventos. Se for atribuído um significado irreal, a resposta emocional também será inadequada (Beck e cols., 1979).

A natureza da resposta emocional específica ao evento, ou até o distúrbio emocional, depende de como a pessoa percebe os eventos: acrescentando, subtraindo, arriscando ou violando o campo pessoal. No quadro 1 pode ser observado um sumário da relação entre significado e emoção.

Contudo, o psicólogo clínico deve ter uma certa precaução na relação emoção/campo pessoal, devido justamente ao significado privado dado ao evento, sendo que este depende da história de vida do sujeito e de sua contextualização. A perda de um emprego, apesar de inicialmente parecer indicar tristeza, pode ser avaliado pelo indivíduo como o alívio de pressões do chefe, o que, contrariamente ao que se supunha, leva o indivíduo à felicidade, e não à tristeza. Da mesma forma, o ganho de um cachorro, apesar de inicialmente poder ser visto como proporcionando felicidade, pode trazer tristeza para o sujeito, pois é vista como algo ruim ou trabalhoso.

Aspectos práticos da terapia cognitiva

O processo na terapia cognitivo é marcado por uma estratégia orientada para solução de problemas, de modo que a terapia ocorre de forma estruturada e diretiva (Rangé, 1995).

Na execução da TC, Beck e cols. (1979) postulam alguns passos fundamentais que são, em grande parte, os objetivos da terapia cognitiva, dentre eles:

- a auto-observação de pensamentos automáticos;
- o reconhecimento da interdependência entre a cognição, afeto e comportamento, além de suas conseqüências fisiológicas;
- examinar as conseqüências a favor ou contra os pensamentos negativos automáticos; e

- aprender a identificar e alterar as formas de significar os eventos, portanto, as crenças disfuncionais que predis põem o indivíduo a distorcer a realidade.

Assim como em outras abordagens, o terapeuta cognitivo deve ter alguns requisitos básicos que, para Beck e cols.(1979), são de suma importância para o sucesso da terapia. O sucesso da terapia cognitiva não é apenas baseado no uso de técnicas e princípios teóricos, mas também em características e habilidades de quem a pratica. Dentre os requisitos que o terapeuta deve possuir, têm-se:

- a) **Calor humano:** Preocupação e interesse no cliente, demonstrando uma atitude aberta e interessada (tom de voz, modo de se expressar), porém não em demasia. O melhor mesmo é obter um *feedback* do cliente (Como ele percebe o terapeuta?).
- b) **Empatia:** Como o terapeuta penetra na vida do cliente e experimenta a vida do mesmo modo que ele. Esta atitude auxilia na compreensão e na predição de comportamentos, evitando falhas. Porém cuidado deve ser tomado para manter a objetividade, cuidado em não projetar expectativas. Por exemplo: a mãe do cliente morreu e ele não está triste. Vale lembrar que a empatia na TC é cognitiva, racional, e não emocional como na proposta rogeriana.
- c) **Autenticidade:** Honestidade consigo mesmo e com o cliente. Porém não precisa ser áspero com sua franqueza. Ser assertivo é fundamental. Promessas não são bem-vindas. Cuidado com os pensamentos automáticos em relação ao cliente. Por exemplo: ele é um irresponsável ou ele nunca conseguirá sair desta.
- d) **Confiança básica:** Importância na autonomia do cliente (iniciativa de falar, planejar, etc.), necessidade de estruturação (diretividade do terapeuta, sua iniciativa), confiabilidade e receptividade (ser pontual, atender a telefonemas do cliente) e estabelecer limites (não fazer pelo cliente aquilo que ele pode fazer por si mesmo).

O terapeuta deve encorajar o cliente a observar e avaliar seus pensamentos de uma forma mais objetiva, além de verificar a validade de suposições, ou seja, teste de hipóteses. Por exemplo: *Se eu faltar na escola, a diretora não vai deixar eu ir ao passeio no zoológico com os amigos da classe (mesmo não tendo nenhuma relação dos dois acontecimentos).* Nesse caso, é interessante discutir com o cliente que certezas ele tem sobre a relação falta/punição; por que chegou a esta relação; até que ponto esta relação pode ser verdadeira; a possibilidade de outras formas de se avaliar a situação; até que ponto está havendo uma tendenciosidade em avaliar a situação com experiências anteriores, etc.

A tarefa de casa também é considerada extremamente importante para o bom desenvolvimento do processo psicoterápico, bem como para se conseguirem

QUADRO 1

Emoção e significados atribuídos a eventos (adaptado de Beck, 1976).

Emoção	Percepção/Evento
Tristeza (significação do evento em termos da perda real ou não de elementos do campo pessoal)	1 - perda de um objeto tangível valorizado. 2 - diminuição da auto-estima pela perda de um objeto intangível. 3 - inversão de valor ativo do campo pessoal. 4 - expectativa/fantasia de possível perda futura. 5 - perda hipotética: não aconteceu, mas poderia ter ocorrido. 6 - pseudoperda: acha que perdeu, mas isto não aconteceu.
Alegria/Excitação (significação do evento em termos da percepção ou expectativa de aumento real de elemento do campo pessoal)	1 - percepção de aumento de elementos do campo pessoal. 2 - expectativa de aumento de elementos do campo pessoal. 3 - aumento da auto-estima.
Ansiedade (significação do evento em termos da possibilidade de perda futura de elementos do campo pessoal)	1 - antecipação cognitiva do medo do perigo de perda de elementos do campo pessoal, seguida de reação emocional desagradável.
Raiva (significação do evento em termos de transgressão do campo pessoal)	1 - causada por ataque físico ou moral a elementos do campo pessoal. 2 - frustração de desejo ou impulso.
Medo (significação do evento em termos de perda eminente de elementos do campo pessoal)	1 - ameaça de ataque físico a elementos do campo pessoal. 2 - ameaça de perda de reforçadores sociais.

resultados em um período mais curto de tempo. Uma das tarefas de casa muito usada em alguns transtornos (como no caso de depressão) é o *Registro Diário de Pensamentos Disfuncionais* (Beck, 1979; 1997), onde o cliente tenta descrever os eventos que ocorreram no seu cotidiano, especificando que tipo de pensamento teve a respeito, que emoção foi expressa, qual o comportamento executado e outras formas de se avaliar a situação.

O método terapêutico na terapia cognitiva se baseia no método socrático, ou seja, fundamenta-se nas questões que o terapeuta formula para o cliente questionar os princípios de seus pensamentos automáticos. Por exemplo:

- Cliente: – Não tenho nenhum autocontrole.
 Terapeuta: – Com que base você diz isso?
 Cliente: – Uma pessoa me ofereceu um doce e eu não consegui recusar.
 Terapeuta: – Quantas vezes você comeu doces nesses últimos dias?
 Cliente: – Só desta vez.
 Terapeuta: – Quantas vezes sentiu vontade de comer nesses últimos dias?

- Cliente: – Umás 50 vezes.
 Terapeuta: – Então você se controlou numa proporção de 50:1. Isto quer dizer que você é completamente fraco?
 Cliente: – Acho que não, não completamente. (Beck e cols., 1979, p. 78).

Os questionamentos buscam levantar informações que sustentem ou não o esquema cognitivo do cliente, de forma a criar um estado de desconforto cognitivo que propiciará, então, condições para a busca de novas estratégias de pensamento.

Para Rangé (1995), a TC é uma proposta baseada no método educacional, pois ensina o cliente a questionar de forma coerente seus próprios pressupostos, fornecendo habilidades e experiências para que, em uma situação futura, possa enfrentar funcionalmente os seus problemas, sem ter necessariamente a presença do terapeuta, também evitando-se a dependência entre cliente-terapeuta. O terapeuta cognitivo auxilia o cliente a pensar mais realística e adaptativamente com respeito a seus problemas.

No centro do processo de modificação cognitiva está a idéia que a falta ou insuficiência de evidências justificáveis e a percepção de outras interpretações tende a abalar a confiança em uma determinada crença, tornando-se então uma hipótese sujeita a verificação. Outro ponto virtualmente importante é o fato de a TC ser orientada para o problema, não para alterações ou ajustamentos da personalidade futuros.

Considerações finais

A aplicação da terapia cognitiva, que nos seus primórdios (Beck e cols., 1979) focou principalmente a depressão, tem ampliado seu campo de atuação a outros tipos de problemas e diversos transtornos. Dentre eles podem-se citar (Dattilio e Freeman, 1995): problemas conjugais; famílias em crise; abordagens grupais; transtornos de personalidade (Beck e Freeman, 1993), entre outros.

O campo de pesquisa e de atuação para profissionais com este enfoque de atuação é crescente, pois possibilita uma atuação mais efetiva para o terapeuta e uma melhoria significativa para o cliente.

As informações complementares a este escrito podem ser buscadas nos trabalhos mais amplos de Beck e Freeman (1993), Scott, Williams e Beck (1994) e Rangé (1995), que fornecem não apenas uma gama maior de informações, mas também propiciam contatos com diversas áreas de atuação.

SUMMARY

This paper is about the cognitive therapy, its origins, basic concepts and therapeutic approach. The concepts of belief, cognitive scheme, cognition and cognitive therapy are illustrated.

KEY WORDS

Cognitive Therapy; Behavior Therapy; Cognition.

Bibliografia

1. BADURA, A. (1969) *Principles of Behavior Modification*. New York: Holt.
2. BADURA, A. (1987) *Social Foundations of Thought and Action*. New Jersey: Prentice Hall.
3. BECK, A. T. (1976) *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: New American Library.
4. BECK, A.T.; RUSH, J.; SHAW, B.K. & EMERY, G. (1979) *Cognitive Therapy of Depression*. New York: The Guilford Press.
5. BECK, A.T. & FREEMAN, A. (1993) *Terapia Cognitiva dos Transtornos da Personalidade*. Porto Alegre: Artes Médicas.
6. BECK, J.S. (1997) *Terapia Cognitiva: Teoria e Prática*. Porto Alegre: Artes Médicas
7. BEM, D.J. (1972) *Atitudes, Crenças e Condições*. S.Paulo: Herder.
8. BURTON, A. (1978) *Teorias Operacionais da Personalidade*. Rio de Janeiro: Imago.
9. CAMPOS, L.F. de L. (1995) *Terapia Racional-Emotiva Comportamental*. In B. Rangé [Org.] (1995) *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva*. Campinas: Editorial Psy.
10. DATTILIO, F.M. & FREEMAN, A. (1995). *Estratégias Cognitivo-Comportamentais para Intervenção em Crises*. Campinas: Editorial Psy II.
11. DOBSON, K.S. & FRANCKE, R.L. (1996) *A Prática da Terapia Cognitiva* In: Caballo V.E. *Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento*. Santos Livraria e Editora, São Paulo
12. ELLIS, A. (1962) *Reason and Emotion in Psychotherapy*. Lyle Stuart: New York.
13. ELLIS, A. (1973) *Humanistic Psychotherapy*. New York: McGraw-Hill Books Co.
14. ELLIS, A. & DRYDEN, W. (1987) *The Practice of Rational-Emotive Therapy*. New York: The Guilford Press.
15. FOA, B.E. & STEKETEE, R.D. (1987) *Behavioral Treatments of Phobias and Obsessive-Compulsive*. In Jacobson, N. - *Psychoterapists in Clinical Practice*. New York: Guilford Press.
16. GOSSETTE, R.L. & O'BRIEN, R. M. (1992) *The Efficacy of Rational-Emotive Therapy In Adults: Clinical Factors or Psychometric Artifact? Journal of Behavior Therapy e Experimental Psychiatry, 23(1):9-24.*
17. GOSSETTE, R.L. & O'BRIEN, R. M. (1993) *Efficacy of Rational-Emotive Therapy (RET) With Children: A Critical Re-Appraisal. Journal of Behavior Therapy e Experimental Psychiatry, 24(1):15-25.*
18. LAZARUS, A.A. (1971) *Behavior Therapy e Beyond*, New York: McGraw-Hill Books Co.
19. MAHONEY, M.J. (1974) *Cognition and Behavior Modification*, New York: Ballinger.
20. MATOS, M.A. (1995) *Behaviorismo metodológico e behaviorismo radical*. In B. Rangé [Org.] (1995) *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva*. Campinas: Editorial Psy.
21. MEICHENBAUM, D. (1977) *Cognitive-Behavior Modification*. New York: Plenum.
22. RANGÉ, B. P. (1992) *Psicoterapia Cognitiva. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 41(2):81-85.*
23. RANGÉ, B. P. (1995) *Psicoterapia Cognitiva*. In B. P. Rangé [Org.] *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva*. Campinas: Editorial Psy.
24. RIMM, D.C. & MASTER, J.C. (1983) *Manual de Terapia Comportamental*. S.Paulo: Manole.
25. SCOTT, J.; WILLIAMS, J.M. & BECK, A.T. (1994) *Terapia Cognitiva na Prática Clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
26. STAATS, A.W. (1987) *Unified Positivism: Philosophy for Unimic Psychology*. Em J.W.Baker, ; M.E. Hayland; H.L. Van Rappord e A.W. Staats (1987) *Current Issues in Theoretical Psychology*. North Holland: Elseer.
27. WOLPE, J. (1976) *A Prática da Terapia Comportamental*. São Paulo: Brasiliense.
28. YATES, A.J. (1975) *Terapia del Comportamiento*, México: Trillas.

Endereço para correspondência:

Rua Uruguaiana, 1280, apto. 502
 CEP: 13026-002 - Campinas - SP
 Tel.: (019)-2519358 Fax: (019) 232-7206
 E-mail: mconsrh@modolorh.com.br