

DISTORÇÕES COGNITIVAS COMUNS AOS PORTADORES DO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE – TDAH EM ADULTOS

COMMON COGNITIVE DISTORTIONS OF HOLDERS OF DISORDER AND ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER - ADHD IN ADULT

Dayse da Fonseca Ribeiro Jacó

Psicóloga Clínica – Universidade Federal do Ceará - UFC - Especialista em
Psicomotricidade – Instituto Brasileiro de Medicina de Reabilitação – IBMR –
Psicopedagogia – Universidade Federal de Rio de Janeiro - UFRJ
Psico-Oncologia – Faculdade Christus

Ciro Goiana Memória

Psicólogo Clínico na Abordagem Cognitivo-Comportamental - Especialista em
Terapia de Grupo e Casais - Coordenador da Especialização em Terapia Cognitivo-
Comportamental da Faculdade Christus - Coordenador do Centro de Estudos da
Cognição e Comportamento - CECC

RESUMO

Para o portador de transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é importante perceber seus erros de percepção e falhas de interpretação para um melhor desempenho pessoal; em virtude disso, os estudos visam a aprovisionar os profissionais com informações de que o processo biológico pode influenciar nas distorções cognitivas e nas reações disfuncionais, e tais distorções, repercutem na aprendizagem de novos comportamentos disfuncionais. É um estudo de compreensão e análise da literatura sobre o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade e das distorções cognitivas, realizado no período de maio a agosto de 2011, com o uso dos seguintes descritores: cognição, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, distorções, comportamento, atenção, adulto, motivação e família, pesquisados na página eletrônica da Organização Mundial da Saúde - BIREME e da Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Os dados da literatura demonstram que uma percepção superdimensionada das dificuldades, aliada ao não reconhecimento das aptidões pessoais, caracteriza uma distorção cognitiva em que esse indivíduo tem uma visão distorcida de si mesmo ou do mundo, o que dificulta o enfrentamento e a superação do problema. Novos projetos e estudos de pesquisas podem ser elaborados para compreender e proporcionar um olhar diferenciado, levando a compreensão das distorções cognitivas, e com técnicas melhor direcionadas aos envolvidos com o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, tanto para crianças, como para adolescentes e adultos.

Palavras-chave: Cognição, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, distorções, comportamento, atenção.

1 INTRODUÇÃO

A teoria anatomofuncional inicial sobre o funcionamento neurobiológico do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) conforme Rhode e Halpern (2004), extensamente pesquisada em estudos neuropsicológicos de neuroimagem funcional e de neurotransmissores descreve o TDAH como um fraco controle inibitório frontal sobre as estruturas límbicas. Assim como mostram os autores, já citados, que os estudos evidenciam estar associado a vários déficits neuropsicológicos que podem ser observados, tanto em crianças, como em adolescentes e adultos. Do mesmo modo, os problemas de atenção, de controle de impulsos, de nível de atividade e de autorregulação são causados pelo mau funcionamento de determinadas áreas do cérebro e, dentre essas, destaca-se o córtex pré-frontal.

Da maneira apresentada por Kanapp (2003), uma disfunção no córtex pré-frontal e em suas conexões, como a rede subcortical e o córtex parietal, pode ser a responsável pelo quadro clínico desse transtorno. Essas alterações seriam responsáveis por um déficit do comportamento inibitório e das funções executivas, compreendendo a memória de trabalho, o planejamento, a autorregulação da motivação e do limiar para dirigir o objetivo e internalização da fala. O déficit do comportamento inibitório e das funções cognitivas seria traduzido nas características básicas do transtorno, ou seja, falta de controle, falta de motivação inerente para completar tarefas, ausência de um procedimento para ser conduzido por regras e uma resposta inadequada em condições típicas na escola e em casa que estão associadas às recompensas inconsistentes e demoradas.

No aspecto neuroquímico, o TDAH é concebido como um transtorno no qual os neurotransmissores catecolaminérgicos funcionam em baixa atividade. A ênfase está na desregulação central dos sistemas dopaminérgicos e noradrenérgicos que controlam a atenção, a organização, o planejamento, a motivação, a cognição, a atividade motora, a função executiva e, também, o sistema emocional de recompensa. Conforme pesquisas, a principal característica neurológica do TDAH é um excesso de ondas de baixa frequência (ondas lentas) no córtex frontal, não permitindo a transmissão adequada de impulsos nervosos entre os neurônios. Como o córtex pré-frontal é o responsável pelas funções de controle voluntário da atenção, planejamento, tomada de decisão, autocontrole, e outras, surgem os sintomas do TDAH (SOLANTO et al, 2011).

O TDAH tem sido visto como um transtorno que acomete as funções executivas,

sendo entendidas como uma gama de processos cerebrais essenciais para a capacidade de planejamento, organização e inibição do comportamento (BARKEY, 2002); (BIEDERMEN, 2005); (COLS, 2005); (ROHDE; MATTOS, 2003).

Em adultos, os déficits atentos persistem, mas com maior comprometimento funcional, sendo evidenciados por dificuldades de organização, de sustentação da atenção e da memória. A hiperatividade diminui, significativamente, podendo ser observadas no transcorrer de várias atividades simultâneas (profissionais ou de lazer), ou no relato de uma sensação de inquietude. A impulsividade pode ser identificada na tomada de decisões do indivíduo em contextos da vida diária, como dirigir de forma imprudente e terminar relacionamentos prematuramente (MATTOS et al, 2006) (ROHDE; MATTOS, 2003).

O TDAH varia em grau de resposta ao tratamento medicamentoso, confirmando que os problemas causados às pessoas que se deparam com os comportamentos considerados inapropriados são, muitas vezes, não compreendidos por elas mesmas, e as soluções tornam-se extensas e cansativas (PINHEIRO, CAMARGOS JÚNIOR; HAASE, 2005).

Segundo o DSM-IV a prevalência é estimada em 3% a 5 % entre crianças em idade escolar. Já no adulto a prevalência é controversa. E estudos demonstram que a persistência dos sintomas é de 60% a 70 % dos casos (BARKLEY et al, 2002). Baseado no que foi exposto por Silva, Louzã e Vallada, (2006) o TDAH revela-se na infância e pode persistir na fase adulta, muitos se veem atormentados desde crianças com rótulos e punições que consideram desnecessárias e crescem sem saber posicionarem-se em casa, na escola, tampouco na sociedade ou no seu meio de trabalho. Os autores (BIEDERMAN, 2005); (FARAONE et al, 2003); (ROTTAN, 2006) enfatizam que ele traz momentos de estresse familiar, prejuízo acadêmico e comportamental.

Olvera (2000) explica que a autoestima do portador é influenciada, negativamente, colaborando para que os desgastes sociais e emocionais trazidos por inquietudes, ansiedades e desejos para encontrar soluções sem que seja possível consegui-las, os deixa angustiados e deprimidos, tornando o dia a dia sem prazer, e muitas vezes caótico.

Baseada na obra de Beck (1976) compreende-se que a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) tem por finalidade ajudar o paciente a reconhecer os pensamentos e ações prejudiciais ao seu dia a dia e substituí-los por outros mais apropriados, uma teoria que parte do pressuposto de que emoção e comportamento são influenciados pelo pensamento (cognitivo). Nesse sentido, a TCC é uma abordagem que indica técnicas para auxiliar o paciente a corrigir as distorções cognitivas que são os pensamentos inadequados, e a formar estratégias eficientes para avaliarem e desenvolverem suas experiências.

Os princípios do modelo cognitivo-comportamental giram em torno da ideia de que o processamento cognitivo, ou seja, a interpretação dos fatos tem papel fundamental nas reações emocionais e nos comportamentos apresentados pelo indivíduo. E de que as três áreas (cognição, emoção, e comportamento) estão interligadas, e que, dependendo do formato dessa relação, haverá um funcionamento saudável ou numa desadaptação da personalidade (FALCONE, 2001).

A partir da observação clínica e do que foi abstraído sobre o tema na literatura pode-se observar que registramos as nossas experiências no decorrer da vida, e é através da capacidade que temos de elaborar esses acontecimentos e perceber o que está ao redor que memorizamos e aprendemos a reagir frente às dificuldades encontradas, e dessa forma passamos a acreditar nas nossas próprias realidades ou necessidades.

O paciente com TDAH costuma desenvolver alguns hábitos para melhor adaptar-se às suas dificuldades e acaba por ocasionar novos transtornos, que dificultam, ainda mais, as ações do seu cotidiano. Rangé (1998) alerta que pacientes diagnosticados com TDAH, para diminuir suas angústias e inquietações, creem que utilizar drogas irá deixá-los mais aliviados, por exemplo, e cada explicação para justificar as suas ações os exime da responsabilidade. E podem ser os hábitos que estão fora da realidade e do contexto vivido que geram sofrimento e inadaptação para essas pessoas.

Baseada na teoria de Beck (1967) que sustenta que a percepção e a estrutura das experiências do indivíduo formam seus sentimentos e comportamentos, as distorções cognitivas podem ocorrer em relação ao conteúdo cognitivo, assim como em relação ao processo de elaboração de significado. São formas de pensar distorcidas, muitas vezes automáticas, que nos distanciam da realidade por serem inexatas, imprecisas e falsas, fazendo-nos olharmos para nós mesmos como se tivéssemos em um telescópio com lentes desfocadas e embaçadas, resultando numa imagem desequilibrada e irreal.

Para a compreensão do assunto, a pesquisa bibliográfica foi elaborada a partir de livros, artigos de periódicos, material disponível pela internet e outros dados bibliográficos, no período de estudo de maio a agosto de 2011, com referência ao assunto das distorções cognitivas comuns aos portadores do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade na fase adulta. Com o estudo procurou-se enfatizar a importância do reconhecimento que o impacto das distorções cognitivas acarretam comportamentos disfuncionais e causam prejuízos múltiplos para o indivíduo adulto e para os que estão ao seu redor.

A relevância do estudo faz da prática clínica e do espaço literário uma área disponível para novas pesquisas e objetos de estudo, vindo a apresentar relevância para

ocupar estudiosos das mais diversas disciplinas com a finalidade de aprovisionar esses profissionais com informações, tendo em vista que portadores do TDAH têm as limitações impostas pelo sofrimento, pois acreditam como verdade, para si e pela vida, que normalmente costumam evoluir de modo disfuncional e desadaptativo, ocasionando sequelas emocionais e insucessos crônicos.

Adota-se, aqui, uma abordagem em que se pode perceber que essas distorções cognitivas consequentemente repercutirão na aprendizagem de novos comportamentos disfuncionais e que o processo biológico influencia nessas distorções e reações disfuncionais.

2 REAÇÕES CONSEQUENTES COMUNS AOS PORTADORES DE TDAH

A literatura que avalia os referidos assuntos no estudo apresentado Beck (1967), Kanap (2003), Barkley (2008), Louzã (2010), faz-nos crer que a dificuldade de se chegar ao diagnóstico de TDAH adulto deve-se à coexistência de sintomas de outros transtornos como os de ansiedade (ansiedade generalizada, ansiedade de separação, medos e fobias, enurese noturna), depressão, abuso de substância química, comportamento opositivo.

Os autores citados ainda argumentam que, apesar de o TDAH ser mascarado, alguns profissionais detectam os sintomas que são perceptíveis, não só na clínica como com as pessoas de seu convívio, como a dificuldade de permanecer em empregos, desorganização, falta de planejamento, inquietação, impulsividade, dificuldade em priorizar as tarefas mais importantes, procrastinação, direção perigosa, excesso de atividade, dificuldade em acordar, sonolência durante o dia, términos prematuros de relacionamentos, dificuldade em focar a atenção, intolerância à frustração, dificuldade em modelar o afeto, irritabilidade, transtorno obsessivo compulsivo, síndrome de tourette, transtornos de aprendizagem (dislexia, discalculia, disortográfica) transtorno opositivo desafiador, transtorno de conduta, abuso de álcool ou drogas.etc., que são alguns dos sintomas mais vistos nos adultos.

Tanto na escola como em casa, o portador de **TDAH** pode sofrer maus tratos por meio de comparações, humilhações, desqualificações por parte de professores e colegas. Pesquisas mostram que os portadores de TDAH são punidos com mais frequência e mais severamente e sugerem que são abusados física e emocionalmente desde muito cedo, geralmente pelos pais, e deixar de intervir, pode ter como consequência quadros depressivos, ansiosos, de déficit de autoestima, entre outros no meio de perdas e frustrações que vão desenvolvendo ao longo de sua vida (BLACHNO et al, 2006); (ALIZADEH; APPLEQUIST; COOLIDGE, 2007).

Confirmando, ainda de acordo com os autores acima, que a autoestima diminui quando eles passam a acreditar nos rótulos que lhes foram atribuídos enquanto criança. O sofrimento e a culpa de não atingir as expectativas e crescer ouvindo que são desajeitados, preguiçosos e burros contribuem para que não se sintam como pessoas normais. Callegaro (2007) esclarece que tais rótulos podem se tornar esquemas cognitivos que são estruturas mentais que, desde crianças, criamos acerca do mundo, do outro, de si mesmo e que serão desenvolvidas e servirão como modelos das próprias experiências que acabam por confirmar seus próprios esquemas.

Segundo o argumento de Young, Klosko e Weihaar (2008) os esquemas são compostos de padrões fixos e enraizados, memórias e emoções ligadas a esses padrões e quando provocam erros da realidade, ou seja, distorções, causam sofrimento psicológico, e para evitar isso, as pessoas utilizam um ou mais estilos de enfrentamento, que são: evitar o caos, resignação ou recompensa.

Como mostram os estudos feitos por Beck (1979) o conceito de esquema é central na terapia cognitiva, que o considera como estrutura que codifica, avalia e interpreta, atribuindo padrão de percepção da realidade como um filtro cognitivo. Na maneira apresentada, Young (2003) propõe outro conceito que enfatizada mais a cognição. Segundo o autor, os esquemas aparecem na infância e são chamados de Esquemas Iniciais Desadaptativos (EIDs). Young (2003, p. 21) afirma, também, que o temperamento inato da criança tem relevância na maneira como os EIDs se estabelecem. Para o autor, o esquema direciona o seu pensamento. Ele afirma que:

Quando os pacientes têm pensamentos automáticos negativos, esses foram gerados pelo esquema, que o propulsionou. Por exemplo, se você tem um esquema de defectividade (achar que está devendo), isso vai gerar pensamentos automáticos como “Eu sou uma pessoa ruim”.

Como se pode observar nas definições de Young (2003) chama de Domínio de Esquema o grupo de cinco categorias dos 18 Esquemas Iniciais Desadaptativos (EIDs) que correspondem às necessidades emocionais não satisfeitas e não atendidas no período de desenvolvimento da criança, sendo elas: - desconexão e rejeição é um esquema de abandono / instabilidade; desconfiança / abuso; privação emocional, vergonha, isolamento social / alienação, causam a incapacidade de formar vínculos seguros e satisfatórios com outras pessoas, a depender das características da família de origem para que o indivíduo venha a satisfazer sua vinculação emocional. A família em que foi criado geralmente apresenta

característica fria, desligada, rejeitadora, isoladora, abusadora.

Encontram-se, ainda, os seguintes esquemas, segundo Young (2003): - autonomia e desempenho prejudicados, trazem a dependência/incompetência, vulnerabilidade, emaranhamento/self subdesenvolvido, fracasso, não consegue confiar em si mesmo, não se estabelecendo no mundo. A família de origem normalmente é superprotetora. Tem pouca capacidade de sobreviver e funcionar de forma independente e satisfatória; - limites prejudicados (merecimento / grandiosidade e autocontrole / autodisciplina insuficiente) tem deficiência nos limites internos e na capacidade em seguir regras e normas, respeitar os direitos dos outros, cumprir metas e manter compromissos, cumprir objetivos de longo prazo, restringir impulsos. A família geralmente é permissiva;

Orientação é um esquema que, para o outro estaria ligada à subjugação, autossacrifício, (busca de aprovação/ reconhecimento) realça o foco nos desejos e sentimentos dos outros, compromete suas próprias necessidades para obter aprovação, fortalecer o vínculo emocional e evitar retaliação, não tem consciência da sua raiva e preferência. A família de origem estabelece uma relação de aceitação condicional se ela suprime sua livre expressão e se comporta de maneira desejada (YOUNG, 2003).

O esquema supervigilância e inibição para Young (2003) (negativismo/pessimismo, inibição emocional, padrões inflexíveis, caráter punitivo) apresenta um padrão de família geralmente severa, exigente, punitiva e perfeccionista com propensão ao pessimismo. Em função de uma educação rígida, repressora, em que não ocorreu a possibilidade de expressar espontaneamente suas emoções, esse cerceamento de regras rígidas e internalizadas propicia pessoas tristes e introvertidas, sem autoexpressão, com regras internalizadas excessivamente rígidas, autocontrole e pessimismo exagerados e uma hipervigilância para eventos negativos.

As atitudes disfuncionais, também são influenciadas pelos esquemas, afirmam Yong (2003) e Beck (1997) e ainda postulam que o esquema é o nível mais profundo das cognições e que todo restante surge do esquema. Em via de regra, segundo esses autores, os esquemas operam, silenciosamente, fora do nível consciente. O que temos consciência são os produtos desse processamento inconsciente, ou seja, as crenças centrais, as crenças intermediárias e pensamentos automáticos. Pensamentos automáticos seriam o conteúdo dessas distorções cognitivas decorrentes da confluência da avaliação de eventos e suposições pessoais.

As características gerais dos pensamentos automáticos são para Mckay, Davis e Fannig (1985) mensagens específicas; esses autores acreditam que, apesar de serem irracionais, mesmo sem ter base nem provas suficientes, são experimentadas como involuntárias ou espontâneas, difíceis de controlar; tendem a dramatizar a sua experiência de

conteúdo; geralmente envolvem uma visão de túnel: tendem a produzir certa consciência e compreensão dos acontecimentos. Por isso, as pessoas ansiosas estão preocupadas com a antecipação de perigo, assim como os indivíduos deprimidos são obcecados com as suas perdas e pessoas cronicamente irritadas enfocam o comportamento injusto e inaceitável de outros.

2.1 Esquemas resultantes

Alguns autores referem-se a denominações diferentes de crenças nucleares ou esquemas. Beck (1976, p. 33) diferencia os dois conceitos sugerindo que: “Os esquemas são estruturas cognitivas dentro do pensamento, cujo conteúdo específico são as crenças centrais”.

Young (2003) não propõe outro conceito e sim enfatiza que os esquemas vão aparecendo na infância e são resultados das necessidades centrais da criança que não foram atendidas de alguma forma, supridas de afeto, de carinho, de noções de autonomia, de liberdade de expressão, de limites adequados. Os Esquemas Iniciais Desadaptativos (EIDS), constituem os núcleos do auto conceito e da concepção do mundo e de si, desenvolvem as expectativas, interpretam e executam as cognições a cerca do mundo interno e externo, envolvendo não apenas as percepções, como também as memórias afetivas, as corporais e as emocionais.

Young (2003) refere-se aos esquemas de abandono/instabilidade como uma percepção de que os outros com quem poderia se relacionar são instáveis e indignos de confiança. Tem-se a crença de que as pessoas não irão proporcionar apoio emocional, força ou proteção e que não merecem confiança, por exemplo: “Podem me abandonar a qualquer momento”, “Vão ter raiva e me deixarão sozinho”.

Ainda citando Young (2003) no esquema desconfiança/abuso a percepção é que o prejuízo é intencional, a pessoa tem convicção de que irão abusar, injustamente, sofrerá humilhação, enganarão ou manipularão acreditando que será enganada, por exemplo: “Eu faço e acabo sempre levando a pior”. No de isolamento social/alienação, tem-se o sentimento de que se está isolado e que é diferente, não pertencendo a qualquer grupo ou comunidade, por exemplo, “Esse mundo parece que não é meu”; defectividade/vergonha já é um sentimento de que está sempre devendo, é falho, inferior ou inválido nos aspectos mais importantes, por exemplo, “Não sou digno de receber esse cargo de confiança” e envolve hipersensibilidade à crítica, rejeição.

Considera ainda que, no esquema fracasso: - as crenças são que fracassaram ou

fracassarão e de inadequação em relação as suas conquistas sejam pessoais ou afetivas, envolve crenças de que é “Este trabalho não é para mim, sou burro, inapto, sem talento para executá-lo”, “acredita ser ignorante, inferior, menos bem sucedido, dentre outros” - dependência/incompetência: apresenta a crença de que é incapaz de exercer as responsabilidades do seu dia a dia, sem que mereça a ajuda de outros, sente-se sempre desamparado, por exemplo, “Você me ajuda porque acha que não irei conseguir”, “Não sei, tenho muita dificuldade para fazer esse tipo de trabalho, é sempre muito difícil”.

Vulnerabilidade ao dano ou à doença para Young (2003) é o esquema que traduz o medo excessivo com catástrofes, com relação à saúde, ao emocional e às situações externas sem chances de impedir e lidar com ela, por exemplo: “Acreditar estar sempre tendo um ataque cardíaco, pegando AIDS e outras”, “Vou enlouquecer com essas crianças toda a noite chorando”, “O elevador vai cair”, “O avião vai ser acometido de ataque terrorista”.

Na maneira apresentada de esquema, o autor acima citado faz referência ao emaranhamento: ego subdesenvolvido envolve a crença de que pelo menos uma das pessoas emaranhadas não pode viver, ser feliz ou funcionar bem, sem o apoio do outro, que necessita de envolvimento emocional excessivo com uma ou mais pessoas de forma a comprometer a individualização e desenvolvimento do outro, por exemplo, “Vou me sentir sozinho e sem rumo, se você me deixar”, “Como vou existir sem você”; - merecimento/arrogância/grandiosidade: tem-se a crença de superioridade em relação aos outros, as vezes competitividade excessiva ou dominação para afirmar o próprio poder de controlar o comportamento do outro, sem empatia ou preocupação com esse.

Refere-se também ao autocontrole e autodisciplina insuficiente como esquema por ter a dificuldade ou recusa em exercer autocontrole e encontrar tolerância à frustração e não consegue limitar a expressão de suas emoções e impulsos. A subjugação (ato de se submeter) apresenta-se com obediência excessiva e com hipersensibilidade a sentir-se preso e coagido ao perceber que suas necessidades não são válidas para os outros. Para evitar a raiva, a retaliação e o abandono submetem-se à supressão das próprias preferências, decisões, desejos e opiniões que podem acarretar no aumento da raiva e manifestar sintomas desadaptativos, por exemplo, “Sintomas psicossomáticos”, “uso de drogas ou álcool”, “comportamentos passivo-agressivo”. Necessita do autossacrifício e voluntariamente cumpre as necessidades alheias, à custa de poupar outros de sofrimentos, para evitar culpa e ganhar autoestima e reconhecimento para manter a sua relação.

Faz referência, ainda, ao esquema negativismo / pessimismo como o foco generalizado e exagerado nos aspectos negativos da vida, em detrimento de minimização ou

negligência dos aspectos positivos, por exemplo, “Diz que está trabalhando, mas, pode está me traindo”, “Algo vai acabar por dar errado”. Inibição emocional excessiva da ação, sentimentos, comunicação espontânea para não ser desaprovada. Padrão inflexível/postura crítica exagerada tem a crença de que grande esforço deve ser empreendido, na obtenção de elevado padrão interno de comportamento e desempenho para evitar críticas. Geralmente, se apresentam como perfeccionismo, que é uma atenção exagerada a detalhes ou subestimação de quão bom é seu desempenho em relação à norma. Caráter punitivo: ter por crença de que os indivíduos deveriam ser severamente punidos pelos erros. Via de regra, tem dificuldade de se perdoar os próprios erros e os alheios.

2.2 Possíveis distorções cognitivas e seus efeitos

Para Beck et al (1979) as distorções cognitivas são compreendidas como erros sistemáticos na percepção e no processamento de informações que resultam em falhas de interpretação quanto ao desempenho pessoal e ao julgamento das situações externas. Distorções do pensamento como: - interferência arbitrária: é a conclusão antecipada e com poucas evidências; - abstração seletiva: é a tendência da pessoa escolher evidências de seu mau desempenho; - supergeneralização: é a tendência de considerar que um evento ou desempenho negativo ocorrerá outras vezes; e personalização: quando a atribuição pessoal geralmente é de caráter negativo e é decorrente de regras e pressupostos de padrões estáveis que foram adquiridos ao longo da vida do indivíduo e induzem a estratégias interpessoais ineficazes.

Para Young (2003) os esquemas são causados pelas vivências repetidas que impossibilitam o preenchimento das necessidades emocionais essenciais do ser humano. O autor categoriza os esquemas em cinco grandes domínios que são: - desconexão e rejeição: estão ligados ao sentimento de frustração; - autonomia e desempenho, quando prejudicados podem ser identificados pela ausência de responsabilidades com os demais; - orientação para com o outro, quando está presente na personalidade, ocasiona um foco excessivo para os desejos e sentimentos para com os outros na busca de obtenção de amor; - supervigilância e inibição, refere-se ao bloqueio da felicidade, inibição emocional. São categorizações que surgiram a partir da experiência clínica do autor com pacientes crônicos em seus estudos empíricos.

Beck (1976) diz, com frequência, que há uma tendência sistemática negativa no processamento cognitivo dos pacientes, que sofrem de um transtorno psiquiátrico e tendem a

cometer erros constantes em seu pensamento. É para o paciente um desafio intelectual qualificar suas próprias distorções no tratamento, em que o terapeuta e ele mesmo anotam o tipo de erro que parecem estar cometendo, apesar de alguns pensamentos automáticos serem verdadeiros, muitos são falsos e outros possuem parcelas de verdade.

Mckay, Davis e Fannig (1985) listam, com base na escolha dos autores as distorções cognitivas os seguintes exemplos: - abstração seletiva: “Eu não suporto, terrível” como se fosse um filtro, (O que aconteceu antes foi assim tão mau? Você pode fazer alguma coisa, se acontecer novamente?); - polarização: “Bem/Mal”, (entre esses dois extremos, pode haver pontos intermediários? Em que grau ou porcentagem que é isso? Que critérios ou regras estão medindo?); - generalização: “sempre, nunca” (Quantas vezes acontece isso realmente?); - interferência arbitrária: “Eu acho que”, ou o desempenho de pensamento, o que evidencia... Você tem que pensar sobre isso? , (“Será que podemos ver se isso é verdade?”);

Os autores acima citados ilustram algumas distorções cognitivas à visão catastrófica: “E se isso acontecer?”, “(Às vezes eu pensava, o que realmente aconteceu!), (Qual a probabilidade de isso acontecer?); custom: “Eles se referem a mim, comparado a outros” (quais os critérios que você está usando? Isso é razoável?); - a falácia do controle: “eu não posso fazer nada com isso”, (O que evidencia... você tem que pensar sobre isso? Pode ser que outros fatores influenciem estes?); falácia da justiça: “ele está errado.” (que provas você tem para manter esse padrão); falácia da mudança: “se essa pessoa ou situação muda então eu poderia, então...” (porque você tem que manter essa mudança? depende de que?); - O raciocínio emocional: “se eu me sinto mal significa que eu sou um neurótico”, (O que você achou de se sentir assim?, poderia muito bem ser um resultado dessa má interpretação?);

Segundo Mckay, Davis e Fannig (1985) ressalta-se ainda a rotulagem que ocorre quando: “fulaninha é um x, e apenas um x” (isso é resultado do teste que é totalmente de você, ou aquela pessoa?); - homicídio: “por causa de mim”, (Pode haver outros fatores envolvidos neste evento?), “se devo, não devo, eles são...” (que provas você tem que manter isso para torná-lo necessariamente assim?); - falácias de raciocínio: “eu tenho razão e não me dá nada”, (diga para si, o que deve ser certo? E essa abordagem é razoável?); - falácia da recompensa, “apesar de sofrer agora, amanhã tudo será resolvido e vou a ter minha recompensa” (pergunte para si... que provas você tem para pensar que a situação não pode ser mudada agora? O que poderia fazer agora? Pensa que podem ser úteis ou apenas o conforto do passageiro?).

Garcia (2001) ressalta as sete distorções que mais afetam a autoestima são hipergeneralização, a etiquetagem, a visão de túnel, o pensamento polarizado, a

personalização, a leitura da mente e o pré-conceito.

Na maneira apresentada por Garcia (2001) a hipergeneralização é um tipo de distorção em que o sujeito refugia-se numa lei, fato ou acontecimento, extrai conclusões gerais de simples incidentes, utiliza termos do tipo nunca, sempre, todos, nenhum, em expressões de nunca vou conseguir, toda pessoa pensa que não vou conseguir e etc., são evidências abusivas e destrutivas. A etiquetagem adota a forma de uma etiqueta ao qual, em vez de uma regra, há mensagens criadas pejorativamente sobre seu aspecto, inteligência ou relação: “sou um fracasso, sou um estúpido”. A visão de túnel acontece quando a realidade é filtrada e a atenção é ativada unicamente em face de determinados estímulos como situações de perdas, afastamento e injustiça, ignorando outros aspectos agradáveis.

Garcia (2001) complementa afirmando que pensamentos polarizados fazem com que se dividam todas as experiências e atos em dicotomias e a pessoa acaba por perder para o lado negativo, são expressões dessas distorções: “acabo o curso ou arruíno completamente minha vida”. Personalização é uma continuada comparação com os outros e uma excessiva centralização egocêntrica são as marcas dessa distorção, por exemplo, se o filho vai mal na escola a culpa é minha que não fiz o que devia, ou se os alunos não sabem sou eu o responsável. A leitura da mente fundamenta-se no fenômeno da projeção: a pessoa supõe que outros sentem e pensam igual a ela, baseada numa crença que pode ou não existir. Pré-conceito, nesta distorção, a pessoa comporta-se baseada em regras inflexíveis, corretas e discutíveis, como todos deveriam gostar da escola, ou todos deveriam ser assíduos, pontuais, trabalhadores e honestos.

O sentido definido por Rangé (1998) elucida as distorções cognitivas em: - pensamento dicotômico, interpretando todas as experiências, por exemplo, “um sinal imprevisto do meu corpo significa perigo iminente”; “se eu não me sair sempre bem, isto significa que sou um fracasso”; abstração seletiva, tendência a focalizar apenas um detalhe retirado de um detalhe, por exemplo, “sou um impotente” (após uma falha erétil); interferência arbitrária é a tendência a chegar a uma conclusão na ausência de provas “não sou atraente para mulheres”; hipergeneralização é a tendência a ver um evento negativo, único como parte de um padrão interminável de perigos ou sofrimentos, por exemplo, “se eu senti medo aqui, vou sentir sempre.”; desqualificação do positivo é a tendência a recitar experiência ou fatos positivos por insistir que não contam, por exemplo, “sou burra e doente” (mesmo tendo passado em dois vestibulares).

Rangé (1998) complementa que o erro oracular, tendência a antecipar as coisas que vão dar errado, por exemplo, “eu sei que vou ser rejeitada”; raciocínio emocional, tendência a

tomar as próprias emoções como provas de uma verdade, por exemplo, “se sinto pânico é porque essa situação é muito perigosa”; rotulação tendência a descrever erros ou medos por características estáveis do comportamento, por rótulos pessoais, por exemplo, “eu sou um fracasso, em vez de, falhei nisso”; tirania é tendência a dirigir a própria vida “deveria” não deveria”, por exemplo, eu deveria estudar mais, em vez de eu quero estudar mais”; personalização, tendência de se ver como causador de fatos ruins, sem ser de fato, por exemplo, “se algo acontece no meu casamento, a culpa é só minha”; leitura mental, tendência a antecipar negativamente, sem provas o que pessoas vão pensar sobre você, por exemplo, “se entrar em pânico aqui vão pensar que sou doente”.

Utiliza-se, aqui, do desenho animado Peanuts, nome original de Snopy, do escritor Schulz (1990), como exemplo. O personagem Charles Brown sempre pronunciava um “mais que puxa” e é o protagonista junto de sua turma. As situações problemas, no episódio a ser retratado, giram em torno dela e é no garoto que se identificam os medos e as frustrações, tão comuns a todos, podem-se identificar as distorções cognitivas no referido episódio que pode ajudar a compreender melhor.

O escritor retrata em um acontecimento na animação do Charlie Brown e seu amigo Lino indo para a escola Charlie que se preocupou com o cobertor de seu amigo: “você não tem medo do que as crianças vão dizer sobre este cobertor? Lino: - Você tem uma moeda? Jogue para o alto! Não”. Charlie: “- Eu queria me livrar dos meus problemas assim tão fácil”, “- às vezes eu me sinto tão pra baixo”, “- ninguém gosta de mim”, “- por que eu não posso me divertir como todo mundo?”, “- quando chegar ao meio dia eu nem vou poder aproveitar o meu almoço será que é pedir muito?” “Eiiiiiii... Olha lá! a menininha ruiva no ônibus, eu poderia almoçar com ela!” “ Eu não mereço ser amado... Eu fico nervoso e meu estômago começa a doer, não sei qual é o meu problema, eu me sinto muito mal”. Lino: - “Eu sei. Você está apaixonado”.

Na escola fica desatento e pensando no que fazer para encontrá-la, por ser amanhã o último dia de aula. “- Fazer um bilhete seria a solução”. Atrapalha-se quando é chamado pela professora e acaba por ler seu bilhete em público e vira chacota dos colegas. Não brinca no recreio, isola-se e por insegurança e medo não consegue se aproximar da menininha ruiva. De volta à sala de aula a professora faz perguntas e ele por desatenção não consegue responder. Charlie: “- Por que não vou falar com ela? Por que sou um burro? Eu não posso encarar meninas bonitas.” No último dia de aula chega atrasado, está sempre atrasado, a professora chama sua atenção e vai para o quadro, impulsivamente, para resolver problemas de matemática, sem saber ao certo como fazê-los, só para chamar a atenção e impressionar, mas

acaba sendo ironizado por todos. Tristonho já no final e na saída tumultuada dos alunos, a menina lhe deixa um bilhete na subida do ônibus dizendo que o acha interessante e que gostaria de conhecê-lo, assim, seus pensamentos são alterados, e novos planejamentos são refeitos para o próximo semestre, de forma positiva.

Podemos conceituar, de maneira simples, que o processamento cognitivo do personagem Charlie Brown, refletia os esquemas de abandono e falta de atenção, aparecendo em frases com “eu não mereço ser amado”, “ninguém irá me amar”. Suas regras e suposições sobre a sua vida expressavam sentenças como: “Se alguém me conhecer melhor, irá me rejeitar”. Esquemas: abandono e privação emocional a crença central: “Eu não mereço ser amado” à crença intermediária: “se alguém me conhecer melhor irá me rejeitar”. Distorção cognitiva: catastrofização e desqualificação.

Os processos da psicopatologia do TDAH na infância, adolescência e adultos têm sido reconhecidos por muitos autores como Beck (1967), Kanap (2003), Barkley (2008), Louzã (2010), do ponto de vista do referencial cognitivo–comportamental que abrange dois grandes grupos de patologia, os relacionados à distorções cognitivas (depressão e ansiedade, nas quais as distorções dos pensamentos como a generalização e catastrofização são bastante comuns) e a patologia associada à deficiência cognitiva (TDAH – que encontra estratégia de solução de problema, associada a uma ação imediata cognitiva geral), o agir antes de pensar, característico do paciente com o transtorno.

Young (2003) e Beck (1997) postulam que o esquema é o nível mais profundo das cognições e que todo o restante surge do esquema. Pessoas com TDAH possuem comportamentos disfuncionais, pouca aderência e motivação à terapia. Para Yong o esquema direciona o pensamento. Quando os pacientes têm pensamentos automáticos negativos, esses foram gerados pelo esquema que o propulsionou. Por exemplo, se você tem um esquema de defectividade (achar que está devendo), isso vai gerar pensamentos automáticos como “Eu sou uma pessoa ruim”. Comportamentos disfuncionais são dirigidos pelos esquemas. Repetição crônica de padrões negativos provindos da infância e recriação involuntária, na vida adulta, das condições prejudiciais da infância é que mantêm os esquemas, além de permanecerem a mercê do mesmo e tornando-os cada vez mais fortes e arraigados.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a pesquisa, observa-se em decorrência a necessidade de novos projetos e estudos e de pesquisas nas áreas para profissionais envolvidos com crianças, adolescentes e

adultos em programas nos atendimentos dos portadores do TDAH, na iniciativa de uma multidisciplinaridade que proporcione um olhar único para cada pessoa e propicie um desenvolvimento biopsicossocial adequado ao portador, para ajudá-lo a entender e difundir novos conceitos.

Nesse contexto, é importante realçar as distorções cognitivas para compreender que o indivíduo tem atitudes disfuncionais caracterizadas por alguma preocupação e medo, diante de qualquer situação de ameaça estressante, em que seu corpo tem atitudes com reações fisiológicas. O indivíduo acaba por criar condições físicas e emocionais para enfrentar o problema ou fugir dele, sem que perceba ser capaz de interpretar, reconhecer e para lidar com os seus medos e elaborar estratégias com os pensamentos, emoções e comportamentos não funcionais.

No entanto, ao perceber que a cada momento as pessoas distorcem suas ações em decorrência de seus pensamentos sem se dar conta, deve-se dar a importância cada vez maior aos mecanismos cognitivos e sua relação com as emoções e o comportamento, e ter a preocupação de procurar desenvolver procedimentos para tratar os pensamentos e crenças disfuncionais dos portadores de TDAH.

Assim, deve-se ajudar o portador a identificar e a observar a sua falsa maneira de processar as informações, podendo, no entanto identificar suas estruturas de apreensão do real e modificar o seu comportamento. O indivíduo poderá questionar, interpretar e ligar com a sua história de vida para dar um melhor significado e experimentar um novo comportamento com maior flexibilidade cognitiva, possibilitando uma nova maneira de pensar e agir de maneira abalizada e positiva.

Conclui-se que a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) muito tem contribuído para o tratamento do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), visto que tem um papel importante na cognição de novos comportamentos, na compreensão de nova forma de agir, e sabe-se que os avanços bioquímicos e psicofarmacológicos amenizam e diminuem a sintomatologia, mas que, a TCC, sobretudo é que contribui para determinar as causas dos comportamentos, pensamentos e sentimentos tão fundamentais em uma ciência psicológica que seja comprometida com o objetivo de entender e explicar o ser humano, na sua totalidade.

ABSTRACT

For patients with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is important to realize their perception errors and interpretation failures for a better personal performance. Therefore,

the studies aim to supply the professional with information about the biological process that can influence in the cognitive distortions and dysfunctional reactions and also about the possibility of occurrence of these cognitive distortions can, in consequence, have repercussions in learning new dysfunctional behaviors. It is a study of compression and literature analysis on attention deficit hyperactivity disorder and cognitive distortions, conducted from May to August 2011, using the descriptors cognition, attention deficit hyperactivity disorder, distortions, behavior, attention, adult, motivation and family, searched on the website of World Health Organization, BIREME and Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Literature data show that an oversized sense of the difficulties, together with the lack of recognition of individual capabilities and features a cognitive distortion in which the individual has a distorted view of himself or the world, that makes it difficult to confront and overcome the problem. New projects and research studies can be designed to understand and provide a different look, comprehending the cognitive distortions, with better directed techniques involved in attention deficit hyperactivity disorder, both for children, adolescents and adults.

Key-words: Cognition, attention deficit disorder and hyperactivity, distortions, behavior, attention.

REFERÊNCIAS

ALIZADEH, H.; APPLEQUIST, K. F.; COOLIDGE, F. L. **Parental self-confidence, parenting styles, and corporal punishment in families of ADHD children in Iran. Chil Abuse Negl** .Oxford, v. 31, n 5, p. 567-572. 2007.

BARKEY, R. A.; et al. **The persistence of attention:** difficult/hyperactive as a function of reporting source and definition us disorder. *Journal us abnormal Psychology* 111(2) (279/89). 2002.

BARKLEY, R. **Avanços na compreensão e tratamento do TDAH.** Trabalho apresentado no III Congresso Internacional da Associação Brasileira de Déficit de Atenção, Rio de Janeiro, Brasil, 2008.

BARKLEY, R. **Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade.** Porto Alegre: Artmed. 2002.

BECK A. T. **Depression:** Causes and Treatment. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1967.

_____. **Terapia cognitiva: Terapia e prática.** Artmed, Porto Alegre; 1997

_____. **Cognitive therapy and the emotional disorders.** New York: International Universities Press. 1976.

BECK, A.T. et al. **Cognitive therapy of depression.** Nov Guilford Press, 1979.

BIEDERMAN, J. **Biology Psychiatry. ADHD:** A selective overview, 57, 1215-1220. 2005.

BLANCHNO, M. et al. **Parental corporal punishment in children with attention-deficit hyperactivity syndrome.** Psychiatr. Pol Warszawa, v. 40, n. 1, p. 43-55, 55, jan. 2006.

COLS. [s.n.t], 2005.

FALCONE, E. Psicoterapia Cognitiva. In: Rangé, B (Org.). **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria.** Porto Alegre: Artmed Editora. 2001

FARAONE, S. V.; et al. **The Worldwide Prevalence of ADHD: Is It an American Condition?** *World Psychiatry* 2 (2), p. 104-113. 2003.

GARCIA, I. **Como Melhorar el Autoconcepto**, Madri: Editorial CCS Correio da Educação, 246. 2001.

KNAPP, P. **Terapia Cognitivo Comportamental na Prática Psiquiátrica.** Porto Alegre: Artmed. 2004.

LOUZÃ, N. M. Rodrigues et al. **TDAH transtorno de déficit de atenção /hiperatividade] ao longo da vida.** Porto Alegre: Artmed, 2010.

MCKAY, M.; DAVIS, M.; FANNING, P. **Técnicas cognitivas para el tratamiento del estres.** Espanha: Matines Rocca. 1985.

OLVERA, F. El Transtorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). **Revista da Faculdade de Medicina.** (UNAM), 43(6), p. 243-244. 2000.

PINHEIRO, M.; CAMARGOS Júnior; W.; HAASE, V. Treinamento de pais. In A. Hounie e W. Camargos Júnior. (Org.). **Manual Clínico do TDAH**, Belo Horizonte: Editora Info. p. 942-966. 2005.

RANGÉ, B. **Psicoterapia comportamental e cognitiva de transtornos psiquiátricos.** Campinas. Editorial Psy. 1998.

ROHDE, L.A.; HAPER, R. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização. **Jornal de Pediatria.** R. J. v. 80 n. 2 (supl), Porto Alegre: apr. 2004.

ROTTA, N. **Transtorno da atenção: aspectos clínicos:** Em N. Rotta, L. Oshewella R.(org), transtorno da aprendizagem abordagem neurobiológica e multidisciplinar, pp.301-313 . Porto Alegre – Artemed. 2006

SILVA, M.; LOUZÃ, M.; VALLADA H. **ADHD in adults.** Arquivos de neuropsiquiatria 649 (3A), 563-567. 2006.

SOLANTO, MARY V.; ARNSTEN T. F. AMY; CASLELLANOS. Stimulant Drugs and ADHD: basic and clinical neuroscience. Oxford, University, **Site OUP**, New York, 2001. Disponível em: <<http://www.oup.-usa.org>>. Acesso em: 4 abr. 2011.

YOUNG, J.; KLOSKO J.; WEISHAAR, M. **Terapia do esquema. Guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras.** Artmed. Porto Alegre, 2008.