estudo da terapia**cognitiva**: um novo conceito em psicoterapia

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

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

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

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

Módulos: oito módulos que serão publicados em revistas seqüenciais.

Conteúdo dos módulos:

1 Introdução à Terapia Cognitiva

2 Conceitos e preconceitos sobre Terapia Cognitiva

3 Terapia Cognitiva e Depressão
Terapia Cognitiva e Suicídio
Terapia Cognitiva e Intervenção em Crise

4 Terapia Cognitiva e Transtornos de Ansiedade
Tópicos especiais em Terapia Cognitiva aplicada aos Transtornos de Ansiedade, TOC (Transtorno Obssessivo-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 Cognitva

2 módulo

conceitos e preconceitos sobre terapia cognitiva

Embora tenha surgido internacionalmente há mais de quatro décadas, no Brasil a Terapia Cognitiva, uma abordagem nova e inovadora, apenas recentemente vem atraindo a atenção de profissionais e estudantes de saúde mental, da mídia e do público em geral. No entanto, o caráter recente de sua presença no Brasil tem favorecido o surgimento de distorções ou interpretações equivocadas que, não obstante, tenderem a se esclarecer com o tempo e à medida que mais profissionais têm acesso a treinamento adequado, no momento prejudicam sua disseminação e utilização adequada. Os conceitos sobre Terapia Cognitiva se confundem com preconceitos, ou sejam, idéias e opiniões que refletem a influência de posicionamentos teóricos e aplicados oriundos de abordagens anteriormente propagadas, bem como distorções que evidenciam a necessidade de maior aprofundamento.

O presente módulo, o segundo nesta série de Estudos Transversais em Psicologia, fará uma breve referência aos conceitos básicos em Terapia Cognitiva, que constituíram o tema do primeiro módulo desta série. Deter-nos-emos especialmente no tema de dúvida mais freqüente: a associação entre a Terapia Cognitiva e a Terapia Comportamental, tema que merecerá um espaço destacado no final deste segundo módulo.

CONCEITOS BÁSICOS EM TERAPIA COGNITIVA (TC)

Dentre os conceitos básicos sobre a Terapia Cognitica (TC), apresentados no primeiro módulo desta série de Estudos Transversais, destacamos, inicialmente, as bases históricas da TC, sua emergência como um sistema de psicoterapia, bem como sua inserção no contexto contemporâneo das psicoterapias, em âmbito internacional. Referimo-nos às características básicas da TC, como um sistema de Psicoterapia, apontando seu caráter integrado; a fundamentação científica do modelo cognitivo de psicopatologia; sua eficácia, com base em estudos controlados; seu caráter breve, exceto quando aplicada a transtornos de personalidade; às áreas de aplicação, em Psicologia Clínica, em educação, nos esportes, e como coadjuvante no tratamento de distúrbios orgânicos e psicoses. Delineamos, ainda, o princípio básico da TC, segundo o qual nossas respostas emocionais e comportamentais são resultados da forma como representamos ou interpretamos o real, aspecto que reflete seu caráter essencialmente construtivista. Finalmente, apresentamos o caráter estruturado do processo clínico em TC, destacando a importância de uma sólida conceituação cognitiva do caso clínico, segundo o modelo cognitivo de psicopatologia. E terminamos por apresentar características do processo aplicado em TC, enfatizando suas várias fases: a inicial, em que buscamos as bases para nossas primeiras hipóteses de conceituação cognitiva e definição de metas terapêuticas; a de intervenção funcional, em que buscamos prioritariamente prover o paciente de estratégias para modular suas emoções; a fase de intervenção estrutural, em que buscamos propriamente a re-estruturação cognitiva, ou seja, a substituição do sistema de esquemas disfuncionais do paciente por um sistema de esquemas funcionais; finalizando com a preparação do paciente para a terminação do processo clínico, fase em que promovemos a generalização dos ganhos terapêuticos e a prevenção de recaídas.

Em resumo, enquanto que no primeiro módulo desta série focalizamos prioritariamente o que a TC é, neste segundo módulo focalizaremos o que ela não é. Ou seja, nas demais seções, abordaremos idéias que se popularizaram a respeito do que é a TC e como atua, mas que, em um sentido estrito, refletem equívocos e carecem de fundamentação.

Preconceitos em TC

Vários preconceitos se popularizaram a respeito da TC, dentre os quais destacamos: sua identificação com o behaviorismo, seu suposto caráter neo-behaviorista, a idéia de que terapeutas comportamentais seriam naturalmente terapeutas cognitivos, e a idéia de que a TC é amplamente divergente da orientação psicanalítica. Acrescente-se a esses a falsa idéia de que a TC, devido ao seu aparente caráter prescritivo, é fácil; a idéia de que sua duração breve favoreceria a intervenção superficial, o deslocamento de sintomas e as recaídas; a proposição questionável de que instrutores de TC devem ser ligados a Universidades; a idéia de que o caráter estruturado da abordagem impediria a espontaneidade no processo terapêutico e a utilização da intuição do terapeuta; e, finalmente, a idéia de que a aliança terapêutica interferiria com processos transferenciais no curso do processo clínico.

Derivada do Behaviorismo (Neo-behaviorista) e Divergente da Psicanálise

O maior impacto sobre o modelo teórico e aplicado de TC adveio da própria atuação clínica anterior de Beck, um reconhecido Psicanalista na década de 1950, e Professor em Psiquiatria da Universidade da Pennsylvania. Impulsionado por preocupações teóricas, com o objetivo de confirmar o modelo psicanalítico da depressão e, dessa forma, promover o pensamento psicanalítico entre contemporâneos acadêmicos, Beck, que freqüentemente desafiava a ortodoxia da Psicanálise, emprestou da Psicologia Acadêmica o método científico e empregou a análise dos sonhos para testar o modelo motivacional psicanalítico da depressão. Surpreso quando seus estudos falharam em confirmar o modelo da agressão retroflexa, e intrigado com suas observações na prática clínica, Beck propõe o modelo cognitivo de depressão.

Entretanto, ao propor o novo modelo de depressão que eventualmente resultou em um novo sistema de psicoterapia, Beck não negligenciou seu passado psicanalítico; isto se faz evidente no caráter racionalista da TC, em aspectos importantes do modelo cognitivo de psicopatologia, e em aspectos de seu modelo aplicado. Beck admite a noção de inconsciente, embora proponha, diferentemente da Psicanálise, que podemos acessar conteúdos inconscientes em condições especiais. Enfatiza a influência de experiências passadas no desenvolvimento do sistema de esquemas cognitivos do indivíduo, embora a intervenção clínica em TC não objetive os elementos históricos, mas os fatores presentes que mantêm ativo o quadro disfuncional. Prescreve ainda a exploração de experiências passadas para uma sólida conceituação cognitiva do caso clínico. E, em comum com a Psicanálise, a TC conceitua as cognições como eventos mentais. Finalmente, os mais importantes pontos em comum entre as duas abordagens – ambas são construtivistas, ao propor que o indivíduo constrói seu próprio real; e racionalistas, ao basear suas intervenções nos processos racionais.

Quanto ao Behaviorismo, por sua vez, este influenciou aspectos importantes do modelo aplicado de TC, como seu caráter estruturado, o tempo curto de intervenção, a definição de agenda, o estabelecimento de metas terapêuticas, dentre outros, tendo, no entanto, pouco impacto sobre o modelo cognitivo de psicopatologia. Ao contrário, as intervenções cognitivo-comportamentais do Behaviorismo, como inoculação de estresse e a dessensibilização sistemática, conceituam as cognições como comportamentos encobertos, em flagrante contradição com as proposições, pela TC, das cognições como eventos mentais e da subordinação das emoções e dos comportamentos às cognições, um aspecto fundamental para a validade do modelo cognitivo de psicopatologia. Mas suas relações com o behaviorismo são discutidas, em maior profundidade, na segunda parte do presente módulo.

A TC é Fácil?

Devido ao seu aparente caráter prescritivo, a TC é freqüentemente considerada uma abordagem fácil, cuja aplicação dispensa treinamento formal e específico. É comum profissionais, que anunciam utilizar a TC, afirmarem que aprenderam através da simples leitura da literatura especializada. Entretanto, como todas as demais abordagens, seu exercício competente requer treinamento formal, específico e prolongado, incluindo supervisão clínica, até que o terapeuta esteja capacitado a atender independentemente. Na realidade, o caráter dinâmico e a atuação ativa e intensiva do terapeuta em TC enfatizam a necessidade de uma familiaridade aprofundada com seu modelo teórico e aplicado, possivelmente até maior do que em outras abordagens, em cujo caso a atuação do terapeuta é menos ativa e mais reflexiva. O caráter extremamente dinâmico da TC, em que as interações entre terapeuta e paciente se sucedem em ritmo rápido e ativo através de todas as sessões terapêuticas e de todo o processo clínico, efetivamente exige uma sólida formação por parte do terapeuta.

Estudos que avaliam a efetividade de centros de treinamento em TC apontam que apenas aproximadamente 25% de seus trainees atingem proficiência após o primeiro ano de treinamento. Em um estudo, em particular, que conduzimos no Instituto de Psiquiatria da Universidade de Londres, Inglaterra, não apenas essa baixa taxa de sucesso, após o primeiro ano de treinamento, foi replicada; mas, investigando, notamos que aqueles que demonstraram proficiência após um ano eram os mesmos que, antes do início de seu treinamento, já demonstravam algumas

habilidades pertinentes a um terapeuta cognitivo, como: objetividade, estruturação da sessão, ênfase no conteúdo cognitivo das queixas e intervenções de caráter cognitivo. Além disso, os estudos demonstram que o índice de proficiência de trainees é diretamente proporcional ao tempo de treinamento, à aderência a manuais e ao tempo de atendimento supervisionado.

A competência para o terapeuta cognitivo vai muito além de experiência e tempo de atuação. A importância da competência aumenta conforme aumentam os graus de severidade e cronicidade dos casos clínicos. A supervisão clínica é necessária até para terapeutas experientes, mas treinados em outras abordagens. Terapeutas treinados em outras abordagens, como, por exemplo, a Comportamental, não prescindem de treinamento formal e prolongado em TC, visto que as posturas teóricas e epistemológicas, bem como os modelos de funcionamento humano, de instalação e manutenção das psicopatologias, o modelo aplicado, e a postura do terapeuta, são distintos entre as duas abordagens. Finalmente, a aliança terapêutica em TC é singular, envolvendo uma relação afetiva e colaborativa, em vários sentidos, entre terapeuta e paciente, também distinta de outras abordagens.

Tempo Curto favorece Intervenção Superficial, Recaída e Deslocamento de Sintomas

A TC tem como objetivo fundamental a re-estruturação cognitiva, isto é, a substituição do sistema disfuncional de crenças e esquemas do paciente por um sistema funcional. Como visto no Módulo 1 desta série, os esquemas cognitivos refletem superestruturas, que se desenvolvem em nível inconsciente, ou de memória implícita, e que organizam os elementos da percepção sensorial do real, em um processo do qual resultam a interpretação ou representação do real pelo sujeito. Esta interpretação ou representação do real se reflete, em nível pré-consciente, no conteúdo dos pensamentos automáticos, que influenciariam as respostas emocionais e comportamentais do sujeito. Daí decorre que, se substituirmos os esquemas atuais do paciente por novos esquemas, o conteúdo de seus pensamentos automáticos pré-conscientes mudaria, e, conseqüentemente, mudariam também suas respostas emocionais e comportamentais. Portanto, a intervenção não é superficial, desde que estruturas inconscientes sejam mudadas. Além disso, mudando-se estruturas esquemáticas, a recaída e o deslocamento de sintomas ficaria inviabilizado.

Adicionalmente, estudos longitudinais indicam a manutenção de ganhos terapêuticos e índices baixos de recaída. Deve-se ainda notar que o caráter didático da TC concorre também para a prevenção de recaídas e do deslocamento de sintomas; a intervenção cognitiva visa, não apenas resolver os problemas atuais dos pacientes, mas, ao resolvê-los, dotar o paciente de novas estratégias para processar e responder ao real de forma funcional, sendo o funcional definido como aquilo que concorre para a realização de suas metas.

Instrutores em Terapia Cognitiva devem ser ligados a Universidades

A competência na área específica da TC, através de treinamento formal e prolongado, é a condição necessária para a atuação clínica competente. Além disso, a atuação como instrutor requer igualmente treinamento supervisionado específico para a prática didática. Em particular, a atuação de supervisores clínicos necessita, especialmente, de supervisão por um supervisor sênior, até que possam adquirir competência para o oferecimento independente de supervisão clínica a outros profissionais em treinamento.

Nesse sentido, deve-se notar que grandes experts em treinamento atuam como instrutores em seus Institutos e independentemente de universidades, como Christine Padesky, Judith Beck, Frank Dattilio, Robert Leahy, Jacqueline Persons e, no Brasil, meu caso pessoal à frente do ITC. Pessoalmente, após receber treinamento clínico durante mais de três anos, atuei, durante um ano adicional, como instrutora sob supervisão, viabilizando, dessa forma, minha competência para o treinamento de profissionais.

Finalizando, a expertise de um acadêmico em sua área particular de atuação não lhe confere automaticamente expertise na área específica da TC. O fundamental, para aqueles que buscam treinamento na abordagem cognitiva, é certificar-se da competência de profissionais que se oferecem como instrutores, exigindo comprovação de treinamento formal e prolongado na área específica da TC.

Abordagem estruturada impede espontaneidade no processo terapêutico e utilização da intuição do terapeuta

A abordagem estruturada em TC objetiva promover a brevidade do processo e favorece o sucesso de seu aspecto didático. Quanto à espontaneidade e à intuição do terapeuta, com treinamento e experiência, a estrutura das sessões e do processo terapêutico é introjetada, permitindo a espontaneidade, a intuição e a criatividade do terapeuta, e favorecendo sua competência, como nas demais abordagens.

Aliança terapêutica interfere com processos transferenciais

Estudos comprovam a necessidade de uma sólida aliança terapêutica e uma atuação colaborativa para o progresso clínico. Em TC, na realidade, as intervenções não ocorrem na relação transferencial. Mas terapeuta e paciente são parceiros ativos no processo de re-estruturação cognitiva do paciente. A aliança terapêutica é necessária, embora não suficiente, para o sucesso terapêutico, favorecendo a relação colaborativa, a brevidade do processo e a eficácia de seu aspecto didático.

Conclusão

Vimos, nesta seção, evidências que contrariam algumas idéias distorcidas sobre o que é a TC e suas formas de atuação, a qual reflete aspectos teóricos e aplicados próprios. A seguir, veremos alguns aspectos da relação entre a TC e o behaviorismo, que apontam para o desenvolvimento independente dessas abordagens em diferentes períodos e contextos históricos.

TERAPIAS COGNITIVA, COGNITIVO-COMPORTAMENTAL E COMPORTAMENTAL

A Terapia Cognitiva tem sido freqüentemente e equivocadamente identificada com a Terapia Comportamental, e as denominações TC e Terapia Cognitivo-Comportamental, especialmente no Brasil, têm sido empregadas intercambiavelmente.

Destacaremos alguns fatores específicos de cada abordagem e fatores de superposição, com especial ênfase a aspectos históricos que convergiram para a emergência de cada uma dessas abordagens em diferentes períodos e contextos.

Bases históricas da TC

Na década de 1950, nos Estados Unidos, a emergência das ciências cognitivas sinalizava uma transição generalizada para a perspectiva cognitiva de processamento de informação, com clínicos defendendo uma abordagem mais cognitiva aos transtornos emocionais. Observou-se, nessa época, uma convergência entre psicanalistas e behavioristas em sua insatisfação com os próprios modelos de depressão, respectivamente, o modelo psicanalítico da raiva retroflexa e o modelo behaviorista do condicionamento operante. Nas décadas de 1960 e 1970, observou-se o afastamento da psicanálise e do behaviorismo radical por vários de seus adeptos, como Ellis, criador da Terapia Racional Emotiva, a primeira psicoterapia contemporânea com clara ênfase cognitiva, além de Brandura, Mahoney e Meichenbaum. Estes apontavam os processos cognitivos como cruciais na aquisição e regulação do comportamento, a cognição como construto mediacional entre o ambiente e o comportamento, bem como estratégias cognitivas e comportamentais para intervenção sobre variáveis cognitivas.

Estava, portanto, inaugurada a era cognitiva na psicoterapia, a partir de fatos que convergiram de forma decisiva para a emergência de uma perspectiva cognitiva, que se refletiu na proposição da TC como um sistema de psicoterapia, baseado em modelos próprios de funcionamento humano e de instalação e manutenção das psicopatologias. Fundamentalmente, e conforme discutido no primeiro módulo desta série, a influência mais importante, e a que deu origem à TC, foram os experimentos e observações clínicas do próprio Beck. Ele aponta a cognição, e não a emoção, como o fator essencial na depressão, conceituando-a como um transtorno de pensamento e não um transtorno emocional. E propõe a hipótese de vulnerabilidade cognitiva como a pedra fundamental do novo modelo de depressão.

Terapias Comportamental e Cognitivo-Comportamental

Na primeira metade do século XX, a Psicanálise, em suas várias orientações, dominava o campo da psicoterapia. No entanto, ao redor dos anos 50, cientistas começaram a questionar os fundamentos teóricos e a eficácia da

Psicanálise, enquanto que, ao mesmo tempo, a teoria da aprendizagem e dos processos de condicionamento, e a abordagem Comportamental derivada delas, começaram a influenciar a pesquisa e a clínica psicológicas.

Pavlov, o cientista que primeiro descreveu e analisou os processos de condicionamento, expressou seu interesse em suas possíveis aplicações clínicas. Os princípios fundamentais do behaviorismo, que desafiaram a psicanálise ortodoxa, podiam ser assim resumidos: a mente não representava um objeto legítimo de estudo científico; o problema do paciente se limitava ao seu comportamento observável, contra a necessidade de se invocar processos inconscientes não-observáveis e não-testáveis; o foco da avaliação e tratamento deveria ser dirigido ao que poderia ser observado, operacionalizado e medido; na modificação do comportamento, os fatores importantes eram os que concorriam para a manutenção do problema do paciente, ao invés de sua suposta origem; e, finalmente, o método científico provia um enquadre legítimo para o desenvolvimento de uma teoria e uma prática clínica, em que a aplicação de princípios teóricos e terapêuticos avançaria melhor através da observação empírica sistemática.

Entretanto, o desenvolvimento da Terapia Comportamental na Inglaterra e nos Estados Unidos seguiu trajetos paralelos e distintos.

Na Inglaterra

Após uma visita aos Estados Unidos, e pouco impressionado com a Psicologia acadêmica e clínica americana, Eysenck desenvolveu parâmetros para a Psicologia clínica inglesa: as leis estabelecidas pela Psicologia acadêmica deveriam ser aplicadas na clínica; a Psicologia clínica deveria constituir uma profissão independente; como a psicoterapia e os testes projetivos não se originaram de teorias ou conhecimentos da Psicologia acadêmica, estes não deveriam ser empregados na Psicologia clínica; a Psicologia clínica deveria basear-se em conhecimento, métodos e desenvolvimentos gerados pela Psicologia acadêmica, concluindo que os processos de condicionamento ofereciam a melhor fundação para a nova abordagem.

Após Segunda Gerra Mundial Eysenck, encorajado por Lewis, fundou um programa acadêmico para psicólogos clínicos, tendo Monte Shapiro como o primeiro diretor de treinamento clínico, dando origem ao Departamento de Psicologia do Instituto de Psiquiatria do Maudsley, da Universidade de Londres. Os casos conduzidos eram, em sua maioria, transtornos de ansiedade, especialmente agorafobia, resultando na publicação de estudos de caso. No entanto, tais esforços iniciais em nada ainda se assemelhavam a uma nova forma de psicoterapia.

Eysenck foi sucedido na direção do departamento por Jeffrey Gray, que, por sua vez, foi substituído, em 2000, por David Clark e Paul Salkovskis, brilhantes pesquisadores cognitivos, definitivamente impondo no Instituto a Terapia Cognitiva, em substituição à predecessora terapia comportamental. À mesma época, um importante marco no desenvolvimento da terapia comportamental britânica se encerrou no mesmo Instituto, com a aposentadoria de Isaac Marks.

Nos Estados Unidos

À mesma época, o modelo mais proeminente na Psicologia acadêmica americana era o modelo de Boulder, Colorado, que insistia em que o treinamento de psicólogos clínicos deveria fundar-se nos departamentos da Psicologia acadêmica, com sólida formação em Psicologia e um componente significativo de pesquisa em nível de doutorado. Entretanto, em contraposição, observava-se na clínica uma tendência à aceitação não crítica de uma variedade de formas de psicoterapia, praticadas na época, e o uso indiscriminado de instrumentos psicométricos, particularmente os testes projetivos.

Ao contrário do Behaviorismo britânico, claramente fundado nos conceitos de Pavlov, Watson e Hull e aplicado no contexto clínico a pacientes neuróticos, o Behaviorismo americano, apoiado principalmente nas idéias de Skinner e seus seguidores, tentava replicar em pacientes psiquiátricos os efeitos do condicionamento obtidos com animais em laboratórios. Os problemas psiquiátricos, de pacientes severos e crônicos, foram conceituados como problemas de comportamento, cuja solução dependia de um programa de correção através do condicionamento operante.

As pesquisas conduzidas foram de grande valor, mas não produziram os resultados esperados. Além disso, o sucesso da Terapia Comportamental no tratamento dos transtornos de ansiedade não foi replicado no tratamento da depressão. Ao mesmo tempo, a teoria do condicionamento

do medo, fundamental à proposição inicial da Terapia Comportamental, dava claros sinais da necessidade de revisão.

Terapia Cognitivo-Comportamental

Embora a Terapia Comportamental mostrasse-se promissora, especialmente no tratamento de fobias e transtornos obsessivo-compulsivos, muito cedo suas limitações teóricas e aplicadas se tornaram claras, especialmente com relação à limitada gama de transtornos para os quais se mostrava eficaz. Paralelamente, nos anos 60, as teorias dominantes em Psicologia mudaram seu foco do poder do ambiente sobre o indivíduo para os processos racionais, como fonte de direção das ações humanas, refletidos nas expectativas, decisões, escolhas e controle do indivíduo, prenunciando os efeitos da revolução cognitiva sobre a clínica, através da emergência das orientações cognitivas.

Em vista do reduzido sucesso no tratamento da depressão por terapeutas comportamentais, e a despeito da resistência da Terapia Comportamental a conceitos e técnicas cognitivos, Beck (1970) encontrou uma audiência interessada. Além disso, havia ainda o fato de que ele estava articulando preocupações de um número crescente de clínicos, que advogavam a atenção dos behavioristas para uma fonte valiosa de dados e compreensão clínica: a cognição. Re-assegurados por características do modelo cognitivo proposto por Beck, que incluía tarefas comportamentais, sessões estruturadas, prazo limitado de tratamento, registro diário de experiências maladaptativas etc., os escritos de Beck encontraram surpreendente interesse por parte dos comportamentais. Superando suas resistências, reconhecidos comportamentais passaram a incluir técnicas cognitivas em seus programas de tratamento, ao mesmo tempo em que passaram a tomar a cognição como um construto mediacional entre o ambiente e o comportamento.

Outra fonte de desconfiança para os behavioristas, incluindo o próprio Eysenck, referia-se ao fato de que a TC desenvolveu-se independente da, ou em paralelo à, Psicologia Cognitiva como ciência básica, violando a máxima behaviorista de que a ciência psicológica deveria fundamentar a Psicologia Clínica. Mas o sucesso da TC no tratamento da depressão concorreu para neutralizar essas resistências. E à medida que conceitos cognitivos eram incorporados à prática comportamental, dando dessa forma origem às Terapias Cognitivo-Comportamentais, notou-se que, além da superioridade em eficácia no tratamento da depressão, as técnicas cognitivas demonstraram eventualmente também sua superioridade no tratamento dos transtornos de ansiedade, o campo onde a Terapia Comportamental havia alcançado sucesso incontestável.

Características compartilhadas?

De uma perspectiva ontológica, as Terapias Cognitiva e Comportamental diferem radicalmente em sua visão de homem. Do ponto de vista filosófico, o modelo cognitivo, reconhece a influência do observador, e de suas hipóteses e expectativas, sobre o processo da observação. O modelo comportamental, por outro lado, na sua ânsia de rigor metodológico, ou propõe reduzir o objeto observado a objeto observável, ou propõe ingenuamente que a observação pura, na qual o observador está livre de hipóteses, é possível, quando, segundo Popper, isso configura apenas um mito filosófico. Da perspectiva epistemológica, a TC propõe que, por serem refutáveis, as hipóteses são candidatas ao status de científicas, adotando uma postura equivalente a do racionalismo crítico. Por outro lado, o Behaviorismo sempre se declarou como adepto do positivismo lógico, com sua ênfase na necessidade de verificação direta, até um relativo afrouxamento, ao admitir a ação, sobre a variável dependente, das variáveis intervenientes, o que coincidiu com a popularização, nos meios científicos, do método hipotético-dedutivo. Este, adotado pelo cognitivismo, permitiu a investigação da cognição não observável como construto mediacional entre o ambiente e as respostas emocionais e comportamentais do indivíduo, estas constituindo as conseqüências observáveis.

Outra diferença marcante, aliás melhor referida como incompatibilidade filosófica, refere-se ao conceito de cognição, que para o behaviorista constitui um comportamento encoberto e, para o cognitivista, constitui um evento mental. Para este, está explícita a noção de subordinação das emoções e comportamentos às cognições, refletindo uma postura construtivista realista, visão cognitiva que colide com o modelo behaviorista de comportamento humano. Para ilustrar essa diferença fundamental, tomemos

o exemplo dos experimentos comportamentais, técnica largamente utilizada em ambas as abordagens, mas com finalidades que expressam claramente suas diferenças. Como declara Beck (1979): "para o terapeuta comportamental, a modificação do comportamento é um fim em si mesmo; para o terapeuta cognitivo, é um meio para se atingir um fim – isto é, a mudança cognitiva".

E o que as duas abordagens têm em comum? Devido à seqüência histórica, apenas a TC, em sua proposição, poderia haver "emprestado" algo de sua predecessora, a Terapia Comportamental. A despeito das diferenças discutidas, a Terapia Comportamental ofereceu importantes contribuições, especialmente nos seguintes aspectos: ênfase ao uso do método científico; importância aos fatores de manutenção dos transtornos, ao invés dos fatores de origem; ênfase a elementos terapêuticos, como estrutura das sessões e do processo clínico, definição de metas terapêuticas, tratamento de curto prazo; e a consideração de mudanças comportamentais como um meio importante para se alcançar mudanças cognitivas.

Quanto à Terapia Cognitivo-Comportamental, esta se situa em uma posição intermediária confortável entre as duas abordagens, porém com certo grau de liberdade conferido aos seus praticantes. Verificam-se dois grandes grupos. Primeiro, aqueles anteriormente treinados como terapeutas comportamentais, que tendem a manter-se vinculados ao modelo comportamental, apenas adicionando a este princípios e técnicas cognitivos, porém objetivando primordialmente mudanças comportamentais. Para esses, a cognição ainda é vista como um comportamento encoberto. Segundo, aqueles treinados como terapeutas cognitivos, e que, adotando um modelo cognitivo, utilizam-se de técnicas comportamentais, porém com a finalidade explícita de obter mudanças cognitivas.

Conclusão

Faz-se evidente que a crença, comum especialmente no Brasil, de que a TC originou-se da Terapia Comportamental, constituindo uma forma de neo-behaviorismo, não encontra fundamentação na seqüência histórica de eventos que confluíram para o desenvolvimento independente de ambas. Em 1994, Hans Eysenck expressou da seguinte forma sua opinião a respeito da possível origem comportamental da TC: "a TC tem pouco em comum com a Terapia Comportamental. Beck foi, na realidade, um psicanalista redimido, que foi sábio em abandonar a parafernália do pensamento psicanalítico e adotar a metodologia científica" (comunicação pessoal, 1994).

© Ana Maria Serra, PhD.
Todos os direitos reservados. Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.

SUGESTÕES DE LEITURA:

BECK, A.T., Rush, Shaw & Emery (1996) *TC da Depressão*, Porto Alegre: Ed. Artes Medicas.

CASTAÑON, G.A. (2005) *"O surgimento do Racionalismo Crítico de Karl Popper e sua Influência na Revolução Cognitiva"*. (Em preparação)

CLARK, D. A., Beck, A.T. (1999) *Scientific Foundations of Cognitive Theory and Therapy of Depression*, New York: Wiley.

SALKOVSKIS, P. (Ed.) (2005) *Fronteiras da TC.* Organizadora da Ed. Brasileira A. M. Serra. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo.

SERRA, A. M. (2004) *Introdução à Teoria e Prática da TC (Áudio em CD)*. São Paulo: ITC-Instituto de TC.

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