TERAPIA COGNITIVA DA DEPRESSÃO

AARON T. Beck
University of Pennsylvania
A. JOHN RUSH
Southwestern Medical School
BRIAN F. SHAW
University of Western Ontario
GARV EMERY
University of Southern California

Tradução: VERA RIBEIRO
Psicóloga Clínica

ZAHAR EDITORES
RIO DE JANEIRO

Prefácio … 1

1. Uma Visão Geral … 15
    - O problema da depressão … 15
    - Valor da psicoterapia na depressão … 16
    - Definição da terapia cognitiva … 17
    - Novos aspectos da terapia cognitiva … 20
    - Modelos cognitivos: perspectiva histórica … 21
    - O modelo cognitivo da depressão … 24
    - Revoluções cognitivas: paradigmas científicos e depressivos … 33
    - Pré-requisitos para o exercício da terapia cognitiva da depressão … 35
    - Limitações da terapia cognitiva … 38
    - Armadilhas comuns na aprendizagem da terapia cognitiva … 39
    - Maximizando o impacto da terapia cognitiva … 43

2. O Papel das Emoções na Terapia Cognitiva … 46
    - Identificação e expressão de emoções … 48
    - O papel das emoções na relação terapêutica … 51
    - Descarga emocional … 53

3. A Relação Terapêutica: Emprego da Terapia Cognitiva … 56
    - Características desejáveis do terapeuta … 56
    - A interacção terapêutica … 60
    - A cooperação terapêutica … 64
    - Reacções de "transferência" e "contratransferência" … 68

4. Estrutura da Entrevista Terapêutica … 71
Reconhecer o "paradigma pessoal" do paciente … 71
Estrutura formal da terapia cognitiva … 82

5. A Entrevista Inicial … 94
Começando a entrevista inicial … 94
Traduzindo a "queixa principal" num "sintoma-alvo" … 100
Objectivos terapêuticos da entrevista inicial … 101
Seleccionando sintomas-alvo – 103
Neutralizando os sintomas-alvo … 104
Focalizando o processamento inadequado de informações … 105
Feedback na entrevista inicial … 106
Resumo … 108

6. Tratamento Sessão a Sessão: O Curso Típico da Terapia … 110
Visão geral das sessões … 110
Histórico do caso … 111

7. Emprego de Técnicas Comportamentais … 122
Mudança cognitiva através da mudança comportamental … 122
O planejamento de actividades … 125
Técnicas de mestria e prazer … 132
Prescrição de tarefas graduadas … 136
Ensaio cognitivo … 139
Treinamento de auto-afirmação e representação de papéis … 140
Técnicas comportamentais: sua lógica e seu momento … 142

8. Técnicas Cognitivas … 145
A lógica das técnicas cognitivas … 145
Explicando a lógica ao paciente … 146
Técnicas de reatribuição … 159
A anotação dos pensamentos disfuncionais … 165
Utilização do contador de pulso … 167

9. O Enfoque dos Sintomas-alvo … 169
Selecção de alvos e técnicas … 170
Sintomas afectivos … 171
Sintomas motivacionais … 184
Sintomas cognitivos … 187
Sintomas comportamentais… 198
Sintomas fisiológicos … 205

Contexto social dos sintomas … 206

10. Técnicas Específicas Para o Paciente Suicida … 208
Avaliando o risco de suicídio … 208
A intenção suicida como um continuum … 209
Explorando os motivos do suicídio … 210
Inclinando a balança contra o suicídio … 212
Aumento dos desejos suicidas na terapia … 221

11. Entrevista com um Paciente Deprimido Suicida … 223
Parte 1: formulando perguntas para extrair informações vitais … 225
Parte 2: ampliando as perspectivas da paciente … 225
Parte 3: "terapia alternativa" … 226
Parte 4: obtendo dados mais precisos … 226
Parte 5: fechamento … 226

12. Pressuposições Depressogênicas … 240
Identificando as pressuposições disfuncionais … 242
Modificando pressuposições … 247
As pressuposições como "alvos" … 248
Modificação dos devos … 250
As pressuposições como "contratos pessoais" … 251
As suposições como profecias autoconsumatórias … 254
Pressuposições subjacentes aos erros cognitivos … 256
Relacionar vantagens x desvantagens das pressuposições disfuncionais … 256
O papel da acção da mudança das pressuposições … 258
Usando o paciente para fornecer contra-argumentos … 260
Atacando as pressuposições acerca do valor pessoal … 260
Expondo a arbitrariedade das pressuposições … 263
Utilidade das pressuposições a longo e a curto prazos … 264

13. Integração do Trabalho de Casa na Terapia … 266
Fornecendo a lógica do trabalho de casa … 266
A prescrição de trabalhos para casa … 269
Facilitando a realização de tarefas … 270
Identificando relações disfuncionais ao trabalho de casa … 273
Montando as programações de actividade … 276
Programando actividades para aumentar o prazer … 277
Programando actividades para aumentar o sentimento de mestria … 278
Registros escritos e deveres … 279
O papel do paciente na concepção de trabalhos de casa … 282
Trabalhos de casa especializados … 284

Preparando o caminho para as dificuldades previsíveis … 285
Sugestão de plano de trabalhos para casa … 286

14. Problemas Técnicos … 288
Orientações para o terapeuta … 289
Crenças contraterapêuticas dos pacientes … 291
Comportamentos contraterapêuticos do paciente … 303

15. Problemas Associados ao Término e à Recaída … 309
Preparando o término … 309
Preocupações do paciente quanto ao encerramento … 311
Encerramento prematuro … 314
Recaída após o tratamento … 317

16. Terapia Cognitiva de Grupo para Pacientes deprimidos Steven D. Hollon e Brian F. Shaw … 319
Introdução … 319
Terapia de grupo para a depressão – considerações gerais … 319
Considerações clínicas especiais … 321
Aspectos formais … 325
Conduzindo as sessões terapêuticas … 330
Exemplos de manobras terapêuticas características … 336
Experiências empíricas com a terapia cognitiva de grupo … 339
Conclusões … 342

17. A Terapia Cognitiva e os Medicamentos Antidepressivos … 343
Introdução … 343
Avaliando o paciente … 347
Aumentando a adesão à medicação através das técnicas de mudança cognitiva … 359

18. Estudos Sobre os Efeitos da Terapia Cognitiva … 372
Estudos sistemáticos: voluntários deprimidos … 373
Estudos sistemáticos: pacientes clínicos deprimidos … 374
Resumo … 379

Apêndice Materiais … 383
Inventário Beck … 385
Escala de ideação suicida … 388
Tabela de verificação de competência para terapeutas cognitivos … 393
Razões possíveis para o não cumprimento das atribuições de auto-ajuda … 399
Protocolo de pesquisa para estudo dos efeitos no centro de terapia cognitiva …

401
Outros materiais e recursos técnicos … 404

Referências bibliográficas … 405

PREFÁCIO

Uma monografia que introduz uma nova abordagem para a compreensão e terapia psicológica da depressão justifica alguns dados sobre seu desenvolvimento histórico.

Este trabalho representa a combinação de muitos anos de pesquisa e prática clínica. Sub muitos aspectos, ele é o produto final de contribuições directas de numerosos indivíduos: clínicos, pesquisadores e pacientes, Além dessas contribuições específicas, a terapia cognitiva provavelmente reflecte modificações graduais que vêm ocorrendo nas ciências do comportamento há vários anos, mas que só recentemente emergiram como uma tendência principal, No momento, não é possível determinar que impacto teve a chamada "revolução cognitiva nu psicologia" sobre o desenvolvimento da terapia cognitiva.

A fim de colocar este volume dentro de sua perspectiva particular, gostaria que o leitor se reportasse à evolução primitiva do modelo cognitivo e da terapia da depressão e outras neuroses, resumida em meu volume anterior, Depression, publicado em 1967. Meu trabalho seguinte, Cognitive therapy and the emotional disorders, publicado em 1976, apresentou uma ampla extensão das aberrações cognitivas específicas de cada neurose, uma descrição detalhada dos princípios gerais da terapia cognitiva e um esboço mais abrangente da terapia cognitiva da depressão.

As origens primeiras de minhas formulações acerca da terapia cognitiva da depressão não me são muito claras no momento. Tanto quanto posso recordar, os primeiros movimentos se manifestaram em meu projecto,

iniciado em 1956, para validar certos conceitos psicanalíticos da depressão. Acreditava que aquelas formulações psicanalíticas estivessem corre tas, e que não tinham conseguido alcançar maior aceitação devido a certas "resistências" naturais dos psicólogos académicos e dos psiquiatras, atribuíveis, em parte, à falta de dados de suporte empírico. Acreditando que seria possível desenvolver técnicas para levar adiante os estudos controlados necessários, empenhei-me numa série de investigações destinadas a fornecer dados convincentes. Um segundo e talvez mais forte motivo era meu desejo de apontar a configuração psicológica precisa característica da depressão, com o objectivo de desenvolver uma forma breve de psicoterapia, dirigida especificamente ao alívio dessa psicopatologia focal.

Conquanto as descobertas iniciais de meus estudos empíricos parecessem apoiar minha crença nos factores psicodinâmicos específicos da depressão, a saber, a

hostilidade retroflectida, expressa como uma "necessidade de sofrer", experimentos posteriores trouxeram um número de descobertas inesperadas que pareciam contradizer essa hipótese. Tais anormalidades levaram-me a uma avaliação crítica da teoria psicanalítica da depressão e, por fim, à avaliação da estrutura completa da psicanálise. Os dados de pesquisa anómalos levaram finalmente à conclusão de que os pacientes deprimidos não têm uma necessidade de sofrer. Na verdade, as manipulações experimentais indicaram que o paciente deprimido se inclinava, mais do que o não deprimido, a evitar comportamentos evocadores de rejeição ou desaprovação, favorecendo respostas eliciadoras da aceitação e aprovação de outrem. Essa discrepância acentuada entre as descobertas de laboratório e a teoria clínica levaram a uma "reavaliação agonizante" de meu próprio sistema de crenças.

Ao mesmo tempo, tornei-me algo dolorosamente consciente de que a promessa anterior da psicanálise, dos primeiros anos de 1950, não se mantivera ao chegar-se à metade ou ao final daquela década, na medida em que meus companheiros no estudo da psicanálise e outros colegas chegavam a seu sexto e sétimo anos de análise, sem qualquer melhora marcante em seu comportamento ou em seus sentimentos! Mais ainda, observei que muitos de meus pacientes deprimidos reagiam desfavoravelmente às intervenções terapêuticas baseado na hipótese da "hostilidade retroflectida" ou da "necessidade de sofrer".

Minha reformulação completa da psicopatologia da depressão, assim como de outros distúrbios neuróticos, resultou de novas observações clínicas, de estudos experimentais e correlacionais, e de minhas tentativas repetidas de procurar dar sentido às provas que pareciam contradizer a teoria psicanalítica. A descoberta de pesquisa, segundo a qual os pacientes deprimidos não tinham uma necessidade de sofrer, estimulou-me a buscar novas explicações para seu comportamento, o qual, pelo menos na superfície, parecia reflectir uma necessidade de sofrimento. De que outra

maneira seria possível explicar a autocrítica severa dos pacientes, sua má interpretação de experiências positivas numa perspectiva negativista, e o que parecia ser a expressão máxima da hostilidade autodirigida, ou seja, seus desejos suicidas?

Voltando a minhas observações sobre os sonhos "masoquistas" que constituíram a base de meu estudo original, passei a buscar uma variada gama de explicações alternativas para os temas persistentes ou frequentes, nos quais o sonhador depressivo aparecia como um perdedor: obstaculizado numa tentativa de alcançar algum objectivo importante, ou perdendo algo de valor, ou aparecendo doente, defeituoso ou feio. Realmente, à medida que me concentrei mais nas descrições que o paciente fazia de si mesmo e de suas experiências, pude notar que ele constantemente adoptava uma construção negativa acerca de si próprio e de suas experiências de vida. Essas construções, semelhantes ao conteúdo imagético de seus sonhos, se afiguravam como distorções da realidade.

A pesquisa sistemática adicional, compreendendo o desenvolvimento e

testagem de novos instrumentos, validou a noção de que o paciente depressivo distorce sistematicamente suas experiências de forma negativa. Descobrimos que o paciente em depressão apresentava uma visão global negativa de si mesmo, do mundo externo e do futuro, a qual se expressava de modo aparente numa vasta gama de distorções cognitivas negativas. À medida que se acumularam provas atestando o papel proeminente das distorções cognitivas negativas, busquei, concomitantemente, aliviar a sintomatologia depressiva do indivíduo, através do desenvolvimento de técnicas visando corrigir suas distorções, pelo emprego da lógica e de normas de esclarecimento, e ajustar seu sistema de processamento de informações à realidade.

Muitos estudos adicionais ampliaram nosso conhecimento acerca de como um paciente em depressão avalia seu desempenho e faz previsões sobre seu desempenho futuro. Esses experimentos demonstraram que, em certas condições específicas, uma sucessão gradativa de sucessos no atingimento de um objectivo tangível podia ter um efeito poderoso na reversão do autoconceito e das expectativas negativas e, assim, melhorar directamente sua sintomatologia depressiva.

Desse modo, esse estudo acrescentou uma poderosa nova forma de abordagem das técnicas que eu já descrevera anteriormente para a correcção de distorções cognitivas, ou seja, o uso de experimentos factuais para testar as crenças erróneas ou exageradamente negativas do paciente. A ideia de testar hipóteses em situações verdadeiras de vida cristalizou-se no conceito genérico de "empirismo cooperativo".

Ao tratar as experiências cotidianas do paciente como um campo de testes para a verificação de suas várias crenças sobre si mesmo, tornamo-nos capazes de estender enormemente o processo terapêutico: quase toda

experiência ou interacção apresentava uma oportunidade potencial de o paciente testar suas previsões e interpretações negativistas. Assim, o conceito de trabalho de casa, ou, como o chamamos mais tarde, "autoterapia ampliada", expandiu grandemente o impacto das sessões terapêuticas.

O movimento da terapia comportamental contribuiu substancialmente para o desenvolvimento da terapia cognitiva. O behaviorismo metodológico, com sua ênfase na especificação de objectivos isolados, delineando os procedimentos instrumentais concretos para o atingimento desses objectivos e fornecendo um feedback tangível e imediato, acrescentou novas dimensões à terapia cognitiva (e, na verdade, levou alguns autores a reintitular nossa abordagem como "terapia behaviorista cognitiva").

A relação desta monografia consiste largamente no fruto das conferências semanas realizadas durante muitos anos no Departamento de Psiquiatra da Universidade da Pensilvânia. As conferências consistiam na apresentação de problemas específicos com pacientes, os participantes manifestavam-se livremente a partir de sua própria experiência e colaboravam oferecendo sugestões. Essas sugestões eram formalizadas numa série de manuais de tratamento, que culminaram no presente volume. Tantos participantes daquelas conferências fizeram contribuições valiosas ao

corpo de conhecimentos que gradualmente acumulávamos, que seria impossível citar mesmo os principais colaboradores. Somos gratos aos participantes, e estamos certos de que eles têm perfeito conhecimento de sua inestimável ajuda.

Queremos agradecer em especial àqueles nossos colegas que forneceram material, sugestões e comentários relevantes a cada um dos diversos manuais de tratamento que precederam a esta monografia. Entre os mais activos estiveram Marika Kovacs, David Burns, Ira Herman e Steven Hollon. Também somos extremamente gratos a Michael Mahoney, que leu todo o manuscrito e fez numerosas sugestões editoriais. Gostaríamos ainda de agradecer a Stirling Moorey por sua prestimosa assistência nos estágios finais da preparação deste livro.

A contribuição de Ruth L. Greenberg, do início ao término deste esforço, foi de tal modo ampla que não encontramos palavras adequadas para expressar nosso reconhecimento.

Finalmente, os autores oferecem seus agradecimentos sinceros aos dactilógrafos Lee Fleming, Marilyn Starr e Barbara Marinelli.

Uma observação sobre a linguagem "sexista": ao falarmos, em termos gerais sobre "0 terapeuta" ou "o paciente", utilizamos pronomes masculinos ("ele", "dele"). Este uso não implica, de modo algum, que nos retiramos apenas a terapeutas e pacientes do sexo masculino. Mantivemos o uso tradicional em vista da simplicidade e flexibilidade que ele permite.

Capítulo 1
UMA VISÃO GERAL

O PROBLEMA DA DEPRESSÃO

Algumas autoridades estimaram que ao menos 12% da população adulta teve ou terá um episódio de depressão de suficiente gravidade clínica para justificar um tratamento (Schuyler e Katz, 1973). Nos últimos 15 anos, centenas dos estudos sistemáticos relevantes ao substrato biológico da depressão e da quimioterapia da depressão foram publicados. Várias publicações de órgãos governamentais, assim como do sector privado, têm sugerido que alguns avanços bem definidos foram alcançados na compreensão da psicobiologia da depressão e no tratamento deste distúrbio pela quimioterapia.

A despeito deste quadro um tanto róseo, o clínico se vê diante de uma situação intrigante. Embora tenha havido avanços na quimioterapia da depressão, não há prova de que a incidência da depressão tenha diminuído. De mais a mais, a taxa de suicídios, que tem sido genericamente considerada como um índice da incidência da depressão, não mostrou decréscimo, mas antes um aumento nos últimos anos, Além disso, a ausência de resposta de baixa na taxa de suicídios toma-se ainda mais significativa, se se levar em conta o enorme dispêndio de esforços voltados para o estabelecimento e manutenção de centros de prevenção do suicídio em todo o país.

Um relatório especial do Instituto Nacional de Saúde Mental sobre Os

distúrbios depressivos, preparado em 1973 por Secunda, Katz, Friedman e Schuyler, estabeleceu que a depressão responde por 75% de todas as hospitalizações psiquiátricas e que, em qualquer uno considerado, 15% de todos os adultos entre 18 e 74 anos podem sofrer de sintomas depressivos significativos. Em termos de custo em dólares, os autores sugerem
15

16
uma faixa entre 0,3 bilhões e 0,9 bilhões de dólares. Estes autores também reiteraram que "O ônus da terapia para a grande maioria das enfermidades depressivas (75% de todas as hospitalizações psiquiátricas) recai pesadamente em modalidades terapêuticas psicossociais".

VALOR DA PSICOTERAPIA NA DEPRESSÃO

O valor do desenvolvimento de uma psicoterapia eficaz para a depressão, estabelecendo suas indicações e contra-indicações, e ainda seu papel na conduta geral do paciente, parece bastante evidente. Visto que parece que a psicoterapia é praticada, em vários graus e formas, no tratamento de quase todos os pacientes depressivos, toma-se crucial definir formas específicas de psicoterapia e determinar sua eficácia - para que o usuário possa verificar se este serviço dispendioso está levando ao atingimento de resultados benéficos. Ademais, existem outras razões para definir e testar modalidades terapêuticas específicas.

1. Embora as drogas antidepressivas sejam obviamente menos dispendiosas do que a psicoterapia, nem todos os pacientes deprimidos respondem a essa medicação. As melhores estimativas, baseadas num exame detido de numerosos estudos controlados da quimioterapia da depressão, indicam que apenas 60 a 65% dos pacientes mostram uma nítida melhora como resultado de tratamento com uma droga tricíclica comum (ver Beck, 1973, p. 86). Daí, devem-se desenvolver métodos para auxiliar os 35% a 40% de pessoas deprimidas que não são ajudadas em sua experiência inicial com drogas antidepressivas.

2. Muitos pacientes que poderiam responder às drogas, ou se recusam a tomar a medicação por objecções pessoais, ou desenvolvem efeitos colaterais que os levam a interromper a ingestão dos medicamentos.

3. É possível que, a longo prazo, a confiança na quimioterapia possa indirectamente reduzir a utilização, pelo paciente, de seus próprios recursos psicológicos para lidar com a depressão. A vasta bibliografia sobre a "atribuição", sugere a possibilidade de que pacientes tratados com drogas atribuirão seus problemas a uma descompensação química, e atribuirão sua melhora aos efeitos da droga (Shapiro e Morris, 1978). Consequentemente, como indica a pesquisa sociopsicol6gica, esses pacientes se tomam menos inclinados a utilizar ou desenvolver seus próprios mecanismos de

enfrentamento para lidar com a depressão. A taxa relativamente elevada de recaída, em pacientes previamente tratados com drogas (que chega a atingir 50% no ano seguinte à interrupção do tratamento), sugere que o argumento acima seja válido.

A sabedoria convencional sugere que um processo eficaz de psicoterapia pode ser mais benéfico que a quimioterapia, a longo prazo, visto que o paciente pode aprender com sua experiência psicoterapêutica. Assim, pode-se esperar de tais pacientes que sejam capazes de lidar mais eficazmente com suas depressões posteriores, abortar depressões incipientes, e, possivelmente, tomar-se até mesmo capazes de prevenir novas depressões.

O facto de que o índice de suicídios não declinou, a despeito do uso amplamente disseminado de drogas antidepressivas, sugere que, apesar de a quimioterapia poder resolver temporariamente as crises suicidas, ela não tem um efeito mantenedor que imunize o paciente contra novas tentativas de suicídio no futuro. A pesquisa indica que existe um núcleo psicológico central no paciente suicida - a desesperança (ou "expectativas negativistas generalizadas"). Resultados positivos do uso de uma abordagem directa da desesperança em pacientes deprimidos sugerem que a terapia cognitiva pode ter "efeitos anti-suicidas" mais prolongados que o uso da quimioterapia.

DEFINIÇÃO DA TERAPIA COGNITIVA

A terapia cognitiva é uma abordagem activa, directiva, estruturada o de prazo limitado usada no tratamento de uma variedade de distúrbios psiquiátricos (ex.: depressão, ansiedade, fobias, queixas ligadas a dores. etc.). Fundamenta-se numa base lógica teórica subjacente, segundo a qual o afecto e o comportamento de um indivíduo são largamente determinados pelo modo como ele estrutura o mundo (Beck, 1967, 1976). Suas cognições ("eventos" verbais ou pictóricos em seu sistema consciente) baseiam-se em atitudes ou suposições (esquemas) desenvolvidas a partir de experiência prévias. Por exemplo, se uma pessoa interpreta toda as suas experiências em termos de ser competente ou adequada, seu pensamento podo estar dominado pelo esquema "A menos que eu faça tudo com perfeição, sou um fracasso". Consequentemente, reage às situações em termos de adequação,

mesmo quando elas não estão relacionadas a ser o indivíduo pessoalmente competente ou não.

As técnicas terapêuticas específicas empregadas são usadas dentro do quadro do modelo cognitivista da psicopatologia, e não acreditamos que a terapia possa ser levada a cabo de modo eficaz sem o conhecimento da teoria. As técnicas terapêuticas destinam-se a identificar, testar no real e corrigir conceituação distorções e as crenças

disfuncionais (esquemas) subjacentes a essas cognições. O paciente aprende a dominar problemas e situações anteriormente consideradas insuperáveis, através da reavaliação e correcção de seu pensamento. O terapeuta cognitivista ajuda o paciente a pensar e agir mais realística e adaptativamente com respeito a seus problemas psicológicos, dessa forma reduzindo os sintomas.

Uma diversidade de técnicas cognitivas e comportamentais são empregadas na terapia cognitiva. As técnicas cognitivas objectivam delinear e testar, especificamente, as falsas concepções e suposições inadaptativas do paciente. Esta abordagem insiste em experiências de aprendizagem altamente específicas, destinadas a ensinar ao paciente as seguintes operações: (1) observar e controlar seus pensamentos negativos automáticos (cognições); (2) reconhecer os vínculos entre a cognição, o afecto e o comportamento; (3) examinar as evidências a favor e contra seus pensamentos automáticos distorcidos; (4) substituir as cognições tendenciosas por interpretações mais orientadas para o real; e (5) aprender a identificar e alterar as crenças disfuncionais que o predispõem a distorcer suas experiências.

Várias técnicas verbais são usadas para explorar a lógica subjacente e a base de cognições e suposições específicas. O paciente recebe, inicialmente, uma explicação acerca da base lógica da terapia cognitiva. A seguir, aprende a reconhecer, controlar e anotar seus pensamentos negativistas no Registro Diário de Pensamentos Disfuncionais (ver Apêndice). As cognições e pressuposições subjacentes são discutidas e examinadas quanto a sua lógica, validade, adaptabilidade e ampliação de comportamentos positivos, em oposição à manutenção da patologia. Por exemplo, a tendência, no paciente deprimido, a sentir-se responsável por resultados negativos, ao mesmo tempo que constantemente deixa de reconhecer o próprio êxito como mérito seu, é identificada e discutida. A terapia focaliza os "sintomas-alvo" específicos (ex.: impulsos suicidas). As cognições que sustentam tais sintomas são identificadas (ex.: "Minha vida não tem nenhum valor e não posso mudar isso") e submetidas à investigação lógica e empírica.

Um dos poderosos componentes do modelo psicoterápico da aprendizagem é que o paciente passa a incorporar muitas das técnicas terapêuticas usadas pelo terapeuta. Por exemplo, os pacientes se descobrem, com frequência, assumindo espontaneamente o papel do terapeuta ao questionar algumas de Suas conclusões ou previsões. Eis alguns exemplos de auto-questionamento que pudemos observar: Qual é a prova de minha conclusão?

Existem outras explicações? Quão séria é a perda? Quando ela realmente retira de minha vida? Qual é o grau de dano para mim, se um estranho pensar mal de mim? O que tenho a perder se tentar ser mais afirmativo?

Esse tipo de autoquestionamento desempenha um papel relevante na generalização de técnicas cognitivas da entrevista para situações externas. Sem esse questionamento, o indivíduo deprimido está extremamente preso a padrões

automáticos estereotipados, fenómenos ao qual poderíamos chamar de "pensamento sem reflexão".

Técnicas behavioristas são usadas com pacientes mais gravemente deprimidos, não apenas para modificar o comportamento, mas também para (…) cognições associadas a comportamentos específicos. Visto que o paciente geralmente requer essas técnicas mais activas ao início do tratamento, apresentaremos o material relacionado às estratégias behavioristas (Capítulo 7) antes da exposição das técnicas cognitivistas (Capítulo 8). Uma amostra das estratégias behavioristas inclui uma Tabela Semanal de Actividades, na qual o paciente lança suas actividades de hora em hora; uma Tabela de Mestria e Prazer, na qual classifica as actividades listadas em seu registro por hora; e Atribuições de Tarefas Graduadas, segundo as quais o paciente empreende uma sequência de tarefas para atingir um objectivo que considere difícil ou impossível. Além disso, as tarefas de carácter behaviorista destinam-se a auxiliar o paciente a testar cognições e suposições inadaptativas.

Um problema importante com o qual se depara o terapeuta é a tomada de decisões com respeito à escolha e à época adequada para tipos particulares de intervenções. Como será possível observar nos Capítulos 7 e 8, tanto as técnicas behavioristas como as cognitivas têm suas características próprias de vantagens e aplicações na terapia cognitiva. O paciente bloqueado, preocupado, com uma faixa estreita de atenção, encontra grande dificuldade em entregar-se à introspecção. De fato, suas preocupações e sua ideação perseverativa podem agravar-se com esse procedimento. Ademais, os métodos behavioristas são relativamente poderosos para contrapor-se a sua inércia e mobilizá-lo em direcção a actividades construtivas. Além disso, uma experiência de sucesso no atingimento de um objectivo comportamental tende a ser mais poderosa que métodos cognitivistas para contradizer crenças erróneas do tipo "Sou incapaz de fazer qualquer coisa".

Conquanto as tarefas comportamentais possam ter efeito mais impressionante na refutação de crenças erróneas, as técnicas cognitivistas podem ser o tipo óptimo de intervenção para corrigir a tendência do paciente a formular interferências incorre tas quanto a acontecimentos específi-

cos. Consideremos uma paciente que concluiu que seus amigos não gostam dela porque não lhe telefonaram nos últimos dias. Essa paciente deveria ser instada a exercitar técnicas cognitivistas, como a identificação dos processos "lógicos" que levaram àquela conclusão, examinando todas as evidências e considerando explicações alternativas. Uma tarefa comportamental seria irrelevante para lidar com esse tipo de problema cognitivo.

Esses princípios serão da máxima importância na implementação de uma terapia coerente. Á medida que o terapeuta adquire experiência, torna-se capaz de utilizar uma "árvore de decisões" na conduta das entrevistas. Mais do que seleccionar estratégias num modelo de ensaio e erro, ele irá escolher a técnica mais aplicável a

cada sintoma ou problema particular.

A terapia consiste, geralmente, em 15 a 25 sessões com intervalo de uma semana entre as sessões. Os pacientes moderada a gravemente deprimidos de uma forma habitual requerem duas entrevistas semanais, por um período mínimo de 4 a 5 semanas e, a seguir, entrevistas semanais por 10 a 15 semanas. Geralmente, reduzimos a frequência para uma vez a cada duas semanas, por ocasião das últimas visitas, e recomendamos uma "terapia de reforço" após completar-se o cujo normal do tratamento. As visitas de acompanhamento podem ser marcadas a intervalo regulares ou deixadas a critério do paciente. Verificamos que o paciente típico retoma para três ou quatro visitas "de reforço" durante o ano seguinte ao término da terapia formal.

NOVOS ASPECTOS DA TERAPIA COGNITIVA

Que existe de novo acerca desse tipo de psicoterapia? A terapia cognitiva difere da psicoterapia convencional em dois aspectos Importantes: na estrutura formal das entrevistas e nos tipos de problemas focalizados.

"Empirismo Cooperativo": Em contraste com as psicoterapias mais tradicionais, como a terapia psicanalítica ou a terapia centrada no cliente, O terapeuta que aplica a terapia cognitiva está continuamente em acção e deliberadamente interagindo com o paciente. O terapeuta estrutura a terapia de acordo com um esquema particular, que atrai a participação e a colaboração do paciente. Uma vez que o paciente deprimido se apresenta inicialmente confuso, preocupado ou perturbado, o terapeuta o auxilia a organizar seu pensamento e seu comportamento - com vistas a ajudá-lo a enfrentar as exigências da vida cotidiana, Conquanto a colaboração do paciente na formulação do plano de tratamento possa estar seriamente limitada por seus sintomas nesse estágio, o terapeuta precisa usar sua habilidade e desenvoltura para estimular o paciente a tornar-se activamente engajada nas diversas operações terapêuticas. Constatamos que as técnicas psicanalíticas clássicas, tais como a associação livre e acção minimizada do

terapeuta, afectam negativamente o paciente deprimido, por lhe facultarem mergulhar mais profundamente no pantanal de suas preocupações negativistas.

Contrastando com a terapia psicanalítica, o conteúdo da terapia cognitiva se centra nos problemas do "aqui-e-agora". Pouca atenção é dada às recordações da infância, excepto para esclarecer observações actuais. O impulso principal é dirigido à investigação dos pensamentos e sentimentos do paciente durante a sessão terapêutica e entre diferentes sessões, Não fazemos interpretações de factores inconscientes. O terapeuta cognitivista colabora activamente com o paciente na exploração de suas experiências psicológicas, no estabelecimento de planejamentos de actividades e no preparo de tarefas a serem realizadas em casa.

A terapia cognitiva contrasta com a terapia behaviorista por sua maior ênfase nas experiências internas (mentais) do paciente, tais como pensamentos, sentimentos,

desejos, devaneios e atitudes. A estratégia global da terapia cognitiva pode ser diferenciada das demais escolas terapêuticas por sua ênfase na investigação empírica dos pensamentos, inferências, conclusões e pressuposições automáticas do paciente. Formulamos a ideia e as crenças disfuncionais do paciente sobre si mesmo, suas experiências e seu futuro como hipóteses, e buscamos então testar a validade dessas hipóteses de forma sistemática. Assim, quase toda experiência pode proporcionar a oportunidade para um experimento relevante para as visões ou crenças negativistas do paciente. Se o paciente acredita, por exemplo, que todas as pessoas que ele encontra lhe voltam as costas por aversão, poderíamos auxiliá-lo a estabelecer um sistema para julgar as reacções das outras pessoas e motivá-lo, a seguir, a fazer avaliações objectivas das expressões faciais e movimentos corporais das outras pessoas. Se o paciente acredita ser incapaz de desincumbir-se de simples procedimentos de higiene, poderíamos planejar, em conjunto, uma tabela ou gráfico de referência que ele pudesse usar para anotar seu grau de sucesso no desempenho dessas actividades.

MODELOS COGNITIVOS: PERSPECTIVA HISTÓRICA

Os pressupostos gerais nos quais se baseia a terapia cognitiva incluem os seguintes:

1. A percepção e a experiência, em geral, são processos activos, que compreendem tanto dados de inspecção como de introspecção.
2. As cognições do paciente representam uma síntese dos estímulos internos e externos.
3. A maneira como uma pessoa avalia uma situação geralmente se evidencia em suas cognições (pensamentos e imagens visuais).

4. Essas cognições constituem a "corrente de consciência" ou campo fenomenal da pessoa, que reflecte a configuração que a pessoa tem de si mesma, seu mundo, seu passado e seu futuro.
5. Alterações no conteúdo das estruturas subjacentes da pessoa afectam seu estado afectivo e seus padrões comportamentais.
6. Através da terapia psicológica um paciente pode tomar conhecimento de suas distorções cognitivas.
7. A correcção desses constructos disfuncionais falhos pode levar à melhoria clínica.

As origens filosóficas da terapia cognitiva podem ser buscadas nos filósofos estoicistas, especialmente em Zenão de Cítio (século IV a.C.), Crísipo, Cícero, Sêneca, Epicteto e Marco Aurélio. Epicteto escreveu, no Enchiridion: "Os homens não são perturbado pelas coisas, mas pelas visões que têm delas". Assim como o estoicismo, filosofias orientais como o taoísmo e o budismo enfatizaram que as emoções humanas se baseiam em ideias. O controle dos sentimentos mais intensos

pode ser alcançado pela modificação das ideias de uma pessoa.

Freud (1900/1953) inicialmente apresentou o conceito de que os sintomas e efeitos se baseiam em ideias inconscientes. A Psicologia Individual de Alfred Adler enfatizava a importância de compreender o paciente dentro do quadro de suas próprias experiências conscientes. Para Adler, a terapia consistia em tentar deslindar a forma como uma pessoa percebia e vivenciava o mundo. Adler (1931/1958) afirmou:

"Não sofremos pelo choque de nossas experiências o chamado trauma mas fazendo delas exactamente aquilo que serve a nossos propósitos. Somos autodeterminados pelo significado que atribuímos a nossas experiências; e provavelmente existe sempre algo de errado envolvido, quando tomamos certas experiências específicas como base para nossa vida futura. Os significados não são determinados pelas situações, mas antes determinamos a nós mesmos pelos significados que atribuímos as situações. "

Alguns outros autores, cujo trabalho emergiu da tradição psicanalítica, ou foi por ela influenciado, contribuíram com importantes conceituações para o desenvolvimento da psicoterapia cognitiva. (Para uma visão abrangente, ver Raimy, 1975). Alguns dos novos autores influentes nesse grupo são Alexander (1950), Horney (1950), Saul (1947) e Sullivan (1953).

A ênfase filosófica na experiência consciente subjectiva provém dos trabalhos de Kant, Heidegger e Husserl. Esse "Movimento fenomonológico" influenciou substancialmente o desenvolvimento da psicologia moderna neste grupo de psicoterapias. A utilização da abordagem fenomenológica em estados patológicos específicos é exemplificada pelos trabalhos

de Jaspers (1413/1968), Binswanger (1944-45/1958) e Straus (1966). A influência do psicólogos do desenvolvimento, como Piaget (1947/1950, 1932/1960), também fica evidenciada na formulação da psicoterapia cognitiva.

Progressos recentes na psicologia behaviorista também enfatizaram a importância lias cognições do paciente. Bowers (1973) argumentou a favor de um modelo interacional entre o sujeito e os acontecimentos do meio circundante e contra o "situacionismo" das abordagens behavioristas clássicas. Uma ênfase crescente na reestruturação cognitiva ou na modificação de cognições está reflectida no trabalho de Arnold Lazarus (1972), que afirma que "é possível dizer que a maior parte dos esforços psicoterapêuticos se centra na correcção de falsos conceitos" (p. 165). Essa correcção de falsos conceitos, diz Lazarus, pode preceder ou acompanhar a mudança de comportamento.

Um número progressivamente maior de psicoterapeutas norte-americanos delineou, mais especificamente, a maneira pela qual o terapeuta poderia modificar cognições de uma forma sistémica durante a psicoterapia. Kelly (1955) desenvolveu uma terapia de constructo pessoal para alterar a experiência diária consciente e

contínua do paciente. Na terapia de "papéis fixos", o paciente assume um papel baseado em pressuposições acerca do mundo e de si próprio que não são congruentes com suas crenças habituais. Nesse novo papel, o paciente é confrontado cara a cara com pressuposições que vinha fazendo acerca de si próprio e de sua interacção com o outro. Kelly se referiu a essas pressuposições ou crenças subjacentes como "constructos pessoais".

Mais recentemente, Berne (1961, 1964) e Frank (1961) acrescentaram métodos e concertuações diferentes às terapias destinadas a alterar a experiência consciente contínua ou as cognições do paciente.

O trabalho de Ellis (1957, 1962, 1971, 1973) forneceu um ímpeto significativo ao desenvolvimento histórico das terapias cognitivo-behavioristas. Ellis associa o acontecimento do meio, ou Ativador (A), às Consequências (C) emocionais, através da interferência das Crenças (C). Assim, sua Psicoterapia Racional Emotiva visa tornar o paciente consciente de suas crenças irracionais e das consequências emocionais inadequadas dessas crenças. A Psicoterapia Racional Emotiva se destina a modificar essas crenças irracionais subjacentes. A utilização de outras técnicas para trazer essas crenças à consciência e modificá-las foi enfatizada por Maultsby (1975).

Contribuições recentes ao desenvolvimento da terapia cognitiva por autores de orientação behaviorista (Mahoney, 1974; Meichenbaum, 1977;

Goldfried and Davison, 1976; e Kazdin e Wilson, 1978) forneceram uma base teórica e empírica mais firme para novos incrementos nesta área.

A terapia cognitiva da depressão inclui um grupo de técnicas inter-relacionadas, destiladas no crisol da experiência clínica com pacientes depressivos. As técnicas específicas são empregadas dentro do enquadre de uma teoria acerca da estruturação psicológica da depressão (Beck, 1976). Como indicamos anteriormente, é necessário compreender o modelo cognitivo da teoria da depressão, a fim de utilizar as técnicas específicas da terapia cognitiva.

O MODELO COGNITIVO DA DEPRESSÃO

O modelo cognitivo da depressão evoluiu de observações clínicas sistemáticas e de testes experimentais (Beck, 1963, 1964, 1967). Essa interacção de uma abordagem clínica e experimental permitiu um desenvolvimento progressivo do modelo e da psicoterapia derivada dele (ver Beck, 1976).

O modelo cognitivo postula três conceitos específicos para explicar o substrato psicológico da depressão: (1) a tríade cognitiva, (2) esquemas, e (3) erros cognitivos (processamento defeituoso da informação).

CONCEITO DE TRÍADE COGNITIVA

A tríade cognitiva consiste de três padrões cognitivos principais que induzem o paciente a encarar a si mesmo, seu futuro e suas experiências de uma forma idiossincrática. O primeiro componente da tríade gira em torno da visão negativista que o paciente tem de si mesmo. Ele se percebe como defeituoso, inadequado, doente ou carente. Tende a atribuir suas experiências desprazeirosas a defeitos psicológicos, morais ou físicos existentes em si próprio. A seu ver, o paciente acredita que, por causa de seus supostos defeitos, é indesejável e sem valor. Tende a subestimar ou criticar a si mesmo por tais defeitos. Finalmente, acredita não ter os atributos que considera essenciais à obtenção da felicidade e do contentamento.

O segundo componente da tríade cognitiva consiste na tendência da pessoa deprimida a interpretar suas experiências correntes de uma forma negativista. Ela percebe o mundo como lhe fazendo solicitações absurdas e/ou colocando obstáculos insuperáveis ao atingimento de seus objectivos de vida. Interpreta mal suas interacções com seu meio circundante, animado ou inanimado, como demonstrações de derrota ou privação. Essas falsas interpretações se tornam evidentes quando o paciente traduz, de modo negativista, situações para as quais existem interpretações alternativas mais plausíveis. A pessoa deprimida pode dar-se conta de que suas interpreta-

ções negativas iniciais são tendenciosas, se persuadida a reflectir sobre essas explicações alternativas menos negativistas. Dessa forma, pode chegar a aperceber-se de que alinhavou os fatos de modo a que atendessem a suas conclusões negativistas pré-formadas.

O terceiro componente da tríade cognitiva consisto numa visão negativista do futuro. À medida que a pessoa deprimida faz projecções a longo prazo, antecipa que suas dificuldades ou sofrimentos presentes se prolongara-o indefinidamente. Prevê sofrimentos, frustrações e privações incessantes. Quando considera a possibilidade de encarregar-se de uma tarefa específica no futuro próximo, espera falhar.

O modelo cognitivo vê os demais sinais e sintomas da síndrome depressiva como consciências da activação dos padrões cognitivos negativistas. Por exemplo, se o paciente erroneamente pensa que está sendo rejeitado, reagirá com o mesmo efeito negativo (por exemplo, tristeza, raiva) que ocorre diante da rejeição real. Se acredita erroneamente que é um pária social, sente-se solitário.

Os sintomas motivacionais (por exemplo, paralisia da vontade, desejos de fuga e evitação etc.) podem ser explicados como consequências das cognições negativas. A paralisia da vontade resulta do pessimismo e do desamparo do paciente. Se ele antevê um resultado negativo, não irá comprometer-se com um objectivo ou tarefa. Os desejos suicidas podem ser compreendidos como uma expressão extrema do desejo de escapar daquilo que parecem ser problemas insolúveis ou uma situação intolerável. A pessoa deprimida pode ver-se como uma carga sem valor e consequentemente, acreditar que todos, inclusive ela própria, se sentirão melhor quando estio ver morta.

A crescente dependência também é compreensível em termos cognitivos. Por perceber-se como inepto e desamparado e por superestimar as dificuldades de tarefas normais, ele espera sair-se mal em suas incumbências. Assim, o paciente tende a buscar ajuda e segurança nos outros, a quem considera mais competentes e capazes.

Finalmente, o modelo cognitivo também pode explicar os sintomas físicos da depressão. A apatia e a baixa energia podem resultar da crença do paciente de estar condenado ao fracasso em todos os seus esforços. Uma visão negativista do futuro (um sentimento de inutilidade) pode levar a "inibições psicomotoras".

ORGANIZAÇÃO ESTRUTURAL DO PENSAMENTO DEPRESSIVO

Um segundo ingrediente fundamental no modelo cognitivo consiste no conceito de esquemas. Esse conceito é utilizado para explicar por que um

paciente deprimido mantém suas atitudes causadoras de sofrimento e auto-derrotistas, a despeito de provas objectivas de falares positivos em sua vida.

Qualquer situação é composta de uma pletora de estímulos. O indivíduo volta-se selectivamente para estímulos específicos, combina-os num padrão e conceitualiza a situação. Embora pessoas diferentes possam conceitualizar de maneiras diversas uma mesma situação, uma dada pessoa tende a ser coerente em suas respostas a tipos semelhantes de acontecimentos. Padrões cognitivos relativamente estáveis formam a base da regularidade nas interpretações de conjuntos específicos de situações. O termo "esquema" designa esses padrões cognitivos estáveis.

Quando uma pessoa se depara com uma circunstância particular, um esquema relacionado aquela circunstância é activado. O esquema é a base para a modelagem dos dados em cognições (definidas como qualquer ideação com conteúdo verbal ou pictórico). Assim, um esquema constitui a base para separar, diferenciar e codificar os estímulos com que se confronta o indivíduo. Ele categoriza e avalia suas experiências através de uma matriz de esquemas.

Os tipos de esquemas empregados determinam como um indivíduo irá estruturar experiências diversas. Um esquema pode permanecer inactivo por longos períodos de tempo, mas pode ser energizado por dados de entrada específicos do meio (por exemplo, situações tensionantes). Os esquemas activados numa situação específica determinam directamente o modo como a pessoa responde. Em estados psicopatológicos como a depressão, as conceituações do paciente sobre situações específicas são distorcidas para conformar-se aos esquemas disfuncionais predominantes. O parcamento ordenado de um esquema apropriado a um estímulo específico fica perturbado pela intromissão desses esquemas idiossincráticos excessivamente activos. À medida em que esses esquemas idiossincráticos se tornam mais activos, eles são evocados por uma variedade mais ampla de estímulos, que a eles se relacionam menos logicamente. O paciente perde muito de seu controle

voluntário sobre seus processos de pensamento e se torna incapaz de invocar outros esquemas mais adequados.

Em depressões mais brandas, o paciente é geralmente capaz de perceber seus pensamentos negativos com alguma objectividade. À medida que a depressão se agrava, seu pensamento fica progressivamente mais dominado por ideias negativas, embora possa não existir nenhuma ligação lógica entre as situações reais e suas interpretações negativistas. Na proporção em que teus esquemas idiossincráticos preponderantes conduzem a distorções da realidade e, consequentemente, a erros sistemáticos no pensamento da pessoa deprimida, ela se torna menos capaz de cogitar da noção de que suas interpretações negativistas estão erradas. Nos estados mais agudos de depressão, o pensamento do paciente pode ficar completamente dominado pelo esquema idiossincrático: ele fica totalmente preocupado com pensa-

mentos negativistas perseverativos e repetitivos e pode parecer-lhe extraordinariamente difícil concentrar-se em estímulos externos (por exemplo, ler ou responde perguntas), ou envolver-se em actividades mentais voluntárias (computações, solucionamento de problemas, rememorações). Em tais casos, inferimos que a organização cognitiva idiosincrática tornou-se autónoma. A organização cognitiva depressiva pode tornar-se tão independente de estimulação externa, que o indivíduo não mais responde a mudanças em seu meio imediato.

PROCESSAMENTO FALHO DE INFORMAÇÕES

Os erros sistemáticos no pensamento da pessoa deprimida preservam a crença do paciente na validade de seus conceitos negativistas, a despeito da presença de evidência contraditória (ver Beck, 1967).

1. A inferência arbitrária (conjunto de respostas) se refere ao processo de se chegar a uma conclusão específica na ausência de provas para sustentá-la, ou quando as provas são contrárias à conclusão.

2. A abstracção selectiva (conjunto de estímulos) consiste em focalizar um detalhe retirado do contexto, ignorando outros aspectos mais salientes da situação e conceituando a totalidade da experiência com base nesse fragmento.

3. A hipergeneralização (conjunto de respostas) se refere ao padrão segundo o qual se chega a uma regra ou conclusão geral na base de um ou mais incidentes isolados, e se aplica o conceito, em espectro amplo, a situações relacionadas e não relacionadas ao(s) incidente(s).

4. O exagero e a minimização (conjunto de respostas) se reflectem em erros na avaliação do significado ou magnitude de um acontecimento, grosseiros a ponto de se constituírem em distorções.

5. A personalização (conjunto de respostas) diz respeito à propensão do paciente a relacionar ocorrências externas a si mesmo, quando não existe base para estabelecer essa relação.

6. O pensamento absolutista, dicotómico (conjunto de respostas) se manifesta na tendência a colocar todas as experiências em uma de suas categorias opostas; por exemplo, perfeito ou defeituoso, imaculado ou mundo, santo ou pecador. Na descrição de si mesmo, o paciente selecciona a categorização negativa extrema.

Uma forma de compreender a desordem do pensamento na depressão é conceituá-lo em termos de modalidades "primitivas" ou "amadurecidas" de organizar a realidade. Evidentemente, as pessoas deprimidas tendem a estruturar suas experiências de maneira relativamente primitiva.

Tendem a fazer amplos julgamentos globais acerca de fatos que influenciam sua vida. Os significados que inundam sua consciência estão propensos a ser extremados, negativos, categóricos, absolutos e arbitrários. A resposta emocional se inclina, dessa forma, a ser negativa e extremada. Em contraste com essa modalidade primitiva de pensamento, a reflexão mais amadurecida automaticamente integra as situações de vida cm muitas dimensões ou qualidades (em oposição a uma categoria única), em lermos quantitativos, mais que qualitativos, e de acordo com padrões relativistas, mais que absolutistas. No pensamento primitivo, a complexidade, variabilidade e diversidade das experiências e do comportamento humanos ficam reduzidas a umas poucas categorias simplistas.

As características do pensamento depressivo típico parecem análogas às descritas por Piaget (1932/1960) em suas descrições do pensamento infantil. Empregamos o rótulo "primitivo" para esse tipo de pensamento a fim de distingui-lo do pensamento mais adaptativo, observado em estágios posteriores do desenvolvimento. As características diferenciadoras dessas formas de pensamento estão esquematizadas abaixo:

Pensamento "Primitivo"

1. Não dimensional e global: Eu sou medroso.

Pensamento "Amadurecido"

Multidimensional: sou moderadamente medroso, muito generoso e razoavelmente inteligente.

Pensamento "Primitivo"

2. Absolutista e moralista: Sou um covarde desprezível.

Pensamento "Amadurecido"

Relativista e não-arbitrário: Sou mais medroso que a maioria das pessoas que conheço.

Pensamento "Primitivo"

3. Invariante: Sempre fui e sempre serei um covarde.

Pensamento "Amadurecido"

Variável: Meus medos variam de época e de situação a situação.

Pensamento "Primitivo"

4. "Diagnóstico do carácter": Tenho um defeito de carácter.

Pensamento "Amadurecido"

"Diagnóstico comportamental": Evito muito as situações e tenho muitos medos.

Pensamento "Primitivo"

5. Irreversibilidade: Uma vez que sou basicamente fraco, não há basicamente fraco, não há nada que se possa fazer a respeito.

Pensamento "Amadurecido"

Reversibilidade: Posso aprender formas de enfrentar situações e lutar contra meus medos.

De acordo com essa representação esquemática, observamos que o paciente depressivo tende a encarar suas experiências como privações ou fracassos totais (não-dimensional) e como irreversíveis (Fixas). Concomitantemente, ele se categoriza como um "perdedor" (categórico, arbitrário) e como condenado (déficits irreversíveis de carácter).

A maior parte desta monografia é dedicada à descrição das maneiras pelas quais é possível identificar tais padrões de pensamento idiossincrático e estratégias para contrabalançá-los. Sugestões específicas para lidar com o pensamento absolutista e dicotômico podem ser encontradas na secção sobre Sintomas Cognitivos, no Capítulo 9.

PREDISPOSIÇÃO À DEPRESSÃO E PRECIPITAÇÃO DA DEPRESSÃO

O modelo cognitivo fornece uma hipótese acerca da predisposição à depressão. Resumidamente, a teoria propõe que as experiências primárias fornecem a base para a formação de conceitos negativistas acerca de si mesmo, do futuro e do mundo externo. Tais conceitos negativos (esquemas) podem estar latentes, mas podem ser activados por circunstâncias específicas que sejam análogas ás experiências originalmente responsáveis pelo engaste da atitude negativa.

Por exemplo, a ruptura de uma situação conjugal pode activar o conceito de perda irreversível associado com a morte de um dos puis na infância. Alternativamente, a depressão pode ser disparada por uma anormalidade ou doença física que activa a crença latente de uma pessoa de estar destinada a uma vida de

sofrimento. Situações de vida desagradáveis - e mesmo extremamente adversas não produzem necessariamente uma depressão, a menos que a pessoa seja particularmente sensível àquele tipo específico de situação, pela natureza de sua organização cognitiva.

Em resposta a situações traumáticas, o indivíduo normal ainda conserva o interesse e avalia realisticamente outros aspectos não traumáticos de sua vida. Por outro lado, o pensamento da pessoa inclinada à depressão se torna marcantemente limitado e desenvolvem-se ideias negativas acerca de todos os aspectos de sua vida.

Existe um farto suporte empírico para o modelo cognitivo da depressão. Estudos naturalistas, observações clínicas e estudos experimentais foram recentemente revistos (Beck e Rush, 1978). Através de estudos, foram documentadas a presença e a intercorrelação dos constituintes da "tríade cognitiva" em associação com a depressão. Vários estudos atestam a presença de déficits cognitivos específicos (por exemplo, raciocínio abstraio e atenção selectiva comprometidos) em pessoas deprimidas ou em suicidas.

UM MODELO DE INTERAÇÃO RECÍPROCA

Nossa discussão sobre a teoria cognitiva da depressão pode parecer unilateral acto aqui; talvez pareça que o paciente pode desenvolver uma depres-

são independentemente de suas experiências interpessoais. Parte dessa aparente ênfase exagerada nos aspectos "intrapsíquicos" da depressão é resultado do foco proposital no indivíduo e em sua construção da realidade. Vamos então expandir a unidade de observação para abranger os aspectos importantes de seu meio circundante (por exemplo, a família, amigos, parentes, empregador, etc.).

Como se acha assinalado por Bandura (1977), o comportamento de uma pessoa influencia outras pessoas, cuja acção, por sua vez, influencia o indivíduo. Uma possua caindo em depressão pode afastar-se de outras pessoas significativas. Alienados dessa maneira, os "outros significativos" podem responder com rejeição ou crítica, as quais, por sua vez, activam ou agravam a auto-rejeição e a autocrítica do próprio sujeito. (Alternativamente, a rejeição por parte de outrem pode ser o primeiro elo na cadeia que conduz à depressão clínica). As conceituações negativas resultantes daí levam o paciente (que pode agora estar clinicamente deprimido) a um maior isolamento. Assim, o círculo vicioso pode perdurar até que o paciente fique tão deprimido a ponto de poder tornar-se inacessível a tentativas de outrem no sentido de ajudá-lo e demonstrar-lhe amor a afeição.

Uma relação interpessoal harmoniosa, por outro lado, pode fornecer protecção contra o desenvolvimento de uma depressão amplamente difundida. Assim, um sistema forte de apoio social pode fornecer uma prova tão poderosa de aceitação, respeito e afecto, que neutraliza a tendência a tendência do paciente a desvalorizar-se.

Além disso, o tratamento do paciente deprimido é, com frequência, grandemente facilitado pelo uso de um membro da família ou amigo íntimo que sirva como representante da realidade social, para auxiliar o paciente a testar a validade de seu pensamento negativista. Quando as interacções contraproducentes com outros significativos contribuem para a manutenção da depressão, uma forma de "terapia de casais", aconselhamento conjugal ou terapia da família pode ser indicada.

Convém enfatizar que os pacientes deprimidos podem variar consideravelmente quanto a terem suas depressões agravadas ou aliviadas por outras pessoas. Algumas depressões são relativamente não-reactivas e evoluem num curso inexorável, a despeito de influência favoráveis do meio circundante.

PRIMAZIA DOS FACTORES COGNITIVOS NA DEPRESSÃO

Algumas questões importantes foram levantadas quanto à primazia dos factores cognitivos na síndrome da depressão. Como assinala Schreiber (1978), as distorções negativas poderiam ser encaradas no mesmo nível que os sintomas afectivos, motivacionais, comportamentais e vegetativos, simplesmente como uma manifestação ou sintoma da depressão. Na verdade, muitas

descrições contemporâneas consideram a depressão uma perturbação afectiva, pura e simplesmente, ignorando completamente os aspectos cognitivos.

Em nossa conceituação da depressão, tentamos dar algum sentido aos fenómenos altamente diversificados da depressão, dispondo-os numa sequência lógica coerente. A maneira pela qual os sinais e sintomas de uma perturbação podem ser arranjados, com o objectivo de construir relações significativas (embora hipotéticas), pode ser ilustrada por uma analogia.

Consideremos um paciente que se apresenta a seu médico com uma fraqueza generalizada, dores no peito, respiração difícil e ruidosa, tosse crónica e escarros de sangue. Para dispor esses fenómenos numa sequência compreensível, seríamos forçados a centrar nossa atenção em suas dores no peito como o primeiro elo na reacção em cadeia. Poderíamos então traçar a seguinte sequência: dores no peito $\rightarrow$ dificuldade respiratória + tosse $\rightarrow$ escarros de sangue e fraqueza generalizada. A hipótese de trabalho seria a de que o paciente tem uma lesão nos pulmões, que responderia pêlos sintomas respiratórios e dores no peito. Vamos admitir que o médico tenha que confiar inteiramente nos relatos do paciente e em seu próprio exame clínico. Se ele fosse então capaz de demonstrar (após a percussão e a auscultação do peito) alguma anormalidade na área relevante do pulmão, por exemplo, uma área com densidade aumentada, teríamos alguma prova que servisse de apoio a formulação preliminar. Além disso, se o médico pudesse fazer regredir a doença pela redução ou eliminação da densidade aumentada do pulmão (por exemplo, através de exercícios

respiratórios, repouso absoluto ou imobilização cirúrgica do pulmão), obteríamos comprovação adicional para a ideia da patogénese da moléstia.

A essa altura, entretanto, não seria possível fazer qualquer afirmação definitiva quanto à causa imediata da enfermidade (possivelmente uma infecção pulmonar ou um tumor), nem quanto a sua causa fundamental (possivelmente uma bactéria, uma toxina ou um agente carcinogénico). Poderíamos apenas afirmar que, constrangidos pêlos dados disponíveis fornecidos pelo paciente e em vista das informações limitadas provenientes do exame directo, teríamos uma razoável possibilidade de atribuir a primazia na sequência de sintomas a patologia pulmonar. Teríamos que contentar-nos com a prova de que a lesão pulmonar seria um factor contributivo ou um mecanismo de manutenção da doença. Sob muitos aspectos, nossa formulação acerca da depressão é análoga a essa configuração hipotética de sinais e sintomas.

Assim, a partir de um "corte transversal" da sintomatologia da depressão, chegamos ao ponto cm que deveríamos procurar a psicopatologia primária no modo peculiar através do qual o indivíduo vê a si mesmo, suas experiências e seu futuro (a "tríade cognitiva"), e em sua forma idiossincrática de processar a informação (inferência arbitrária, memória selectiva, hipergeneralização, etc.). Nossa experiência clínica e nosso trabalho expe-

mental sugerem que o paralelo estabelecido com uma lesão pulmonar pode ser útil. As manifestações mais rebuscadas na depressão podem desviar o clínico (assim como o paciente) de chegar sequer a notar o ponto exacto de patologia significativa. Da mesma forma que, no caso de um "tumor silencioso" no pulmão, os sintomas mais acentuados podem ser a dor física, a tosse e a fraqueza, também na depressão os sintomas dominantes podem ser o sofrimento psíquico, a agitação e a perda de energia. Se o diagnosticador não pesquisar uma outra patologia, pudera perder na cadeia de talos o fenómeno primário, ou seja, a perturbação do pensamento.

Urge enfatizar que nossa explicação, até aqui, se baseia na análise dos fenómenos da depressão. Nossos instrumentos de observação, neste nível de análise, não fornecem dados relacionados à "causa" fundamental. As construções negativistas da realidade pelo paciente podem ser postuladas como o primeiro elo na cadeia de sintomas (ou "fenómenos"). Uma formulação desse tipo fornece uma vasta série de hipóteses testáveis. Apreciações críticas recentes da bibliografia existente sobre o assunto citaram mais de trinta e cinco estudos correctivos e experimentais que apoiam essas hipóteses (Beck e Rush, 1978; Hollon e Beck, no prelo).

Como se mencionou anteriormente, o modelo cognitivo não se dirige, contudo, à questão da possível etiologia fundamental ou causa da depressão unipolar: por exemplo, predisposição hereditária, aprendizagem falha, dano cerebral, anormalidades bioquímicas, etc., ou qualquer combinação delas.

Outro desafio ao modelo cognitivo diz respeito à questão da predisposição à depressão. Esse problema, com referencia ao modelo cognitivo, centra-se no modo

como as peculiaridades da organização cognitiva contribuem para a susceptibilidade a perturbação ou para a sua precipitação. Nossa formulação sobre o papel das estruturas cognitivas inadaptativas predisponentes baseia-se, em parte, na observação clínica prolongada, bem como na especulação lógica. Não nos parece plausível que os mecanismos cognitivos aberrantes sejam criados de novo a cada vez que um indivíduo vivência uma depressão. Parece mais digno de crédito supor que ele tenha alguma anomalia relativamente duradoura em seu sistema psicológico. Assim, precisamos fazer nossa análise longitudinal em termos estruturais. Um conjunto de "estruturas cognitivas" (esquemas) disfuncionais, formado em época anterior, é activado quando a depressão é precipitada (seja por tensão psicológica, desequilíbrio bioquímico, estimulação hipotalâmica, ou qualquer outro agente). A formação e o modo de activação dos esquemas depressogénicos já foi exposta anteriormente (Bock, 1967).

33
REVOLUÇÕES COGNITIVAS; PARADIGMAS CIENTÍFICOS E DEPRESSIVOS

Em certo sentido, a terapia cognitiva da depressão apresenta uma solução proposta para os "paradoxos da depressão" (Beck, 1976, pp. 102-05). Os fenómenos da depressão se caracterizam por uma inversão ou distorção de muitos dos princípios geralmente aceitos acerca da natureza humana: o "instinto de sobrevivência", os impulsos sexuais, a necessidade de dormir e alimentar-se, o "princípio do prazer", e mesmo o "instinto maternal". Esses paradoxos podem tornar-se compreensíveis dentro do enquadre daquilo a que os autores contemporâneos em psicologia se referem como "a revolução cognitiva em psicologia" (Dember, 1974; Mahoney, 1977; Weimer e Palermo, 1974). Embora a mudança em direcção ao estudo dos processos cognitivos possa ser encarada como uma continuação da extensa dialéctica entre a psicologia intrapsíquica e o situacionismo, ou dos mais amplos conflitos filosóficos entre o mentalismo e o fisicalismo, existem provas de que um novo paradigma científico pode estar surgindo.

O paradigma científico — (no sentido empregado por Kuhn, 1962) — que engloba o Modelo Cognitivo da Depressão compreende muito mais do que uma teoria e uma terapia. Ele inclui também um domínio anteriormente negligenciado (a organização cognitiva), uma tecnologia e ferramentas conceituais utilizadas para a obtenção de dados nesse domínio, um conjunto de princípios geralmente aceitos para a construção da teoria e, finalmente, uma tecnologia especializada para recolher e avaliar as comprovações que apoiam a teoria. Como no caso de outros paradigmas, estabeleceram-se "normas de comprovação" para determinar que informações são admissíveis e como podem ser interpretadas de modo confiável. Além disso, visto estarmos lidando com a aplicação prática da teoria, o paradigma também se estende a um sistema de psicoterapia, com seu conjunto característico de normas para obtenção e interpretação de dados, além de um projecto de pesquisa desenvolvido para avaliar melhoras atribuíveis aos procedimentos terapêuticos.

O que há de revolucionário sobre o novo paradigma científico da depressão? Em primeiro lugar, ele se centra no paradigma pessoal do paciente (ver Capítulo 4, p. 71). Em segundo lugar, conceitua-se esse paradigma depressivo em termos de uma "revolução cognitiva". De modo característico, a organização cognitiva da pessoa deprimida sofreu uma revolução (ou talvez "circunvolução"), que produz uma reversão acentuada na maneira como o paciente constrói a realidade. Contrastando com a noção usual de revolução científica, geralmente encarada como representativa de progresso, a "revolução depressiva" constitui uma regressão.

Nosso novo paradigma científico da depressão afirma: O paradigma pessoal do paciente, quando está cm estado depressivo, produz uma visão

distorcida dele mesmo e de seu mundo. Sim ideias e crenças negativistas assemelham-se a uma representação verídicas da realidade para ele, ainda que pareçam artificiais para outras pessoas e mesmo para ele próprio, quando não está deprimido. Suas observações e interpelações dos acontecimentos são moldadas por esse quadro conceituai - equivalente à descrição de paradigma científico de Kuhn. As alterações grosseiras em sua organização cognitiva levam a um processamento incorrecto das informações, em consequência do quê ele sofre de uma ampla variedade de sintomas dolorosos. Utilizamos nosso paradigma científico primeiramente para compreender e, em segundo lugar, para modificar o paradigma pessoal incorrecto, a fim de que ele não mais propicie observações e interpretações espúrias. Propomos, além disso, que, quando o paradigma pessoal do paciente é revertido e reajustado à realidade (numa espécie de "contra-revolução"), sua depressão começa a desaparecer.

O conceito de uma revolução cognitiva na depressão tem implicações para a pesquisa da psicopatologia (assim como da psicoterapia) dessa condição. Muito da pesquisa e estudos análogos da depressão "subclínica" presumiram uma continuidade dos estados normais aos patológicos. Se o estado clínico da depressão for qualitativamente diferente do estado de não-depressão, os pesquisadores poderão sentir necessidade de pôr de lado seus princípios de trabalho (ex.: teoria do condicionamento, processamento de informações), aplicáveis ao estudo dos indivíduos normais, e de adoptar um paradigma diferente para estudar a depressão. Essa alteração no tipo de teoria aplicável ao normal, em oposição à personalidade anormal, pode ser ilustrada no seguinte exemplo.

Uma das características primárias do paciente gravemente deprimido é sua relativa indiferença aos dados provenientes do meio circundante. A despeito do que esteja ocorrendo em torno dele, o paciente tende a perseverar sobre lemas ligados à privação, falibilidade ou doença. Em termos metafóricos, a organização cognitiva torna-se relativamente autónoma e remói uma corrente contínua de ideias negativistas estereotipadas dos acontecimentos externos imediatos, mas, em sua maior parte, representam reverberações de uma ideação negativista repetitiva, divorciada da situação presente do meio circundante. Desse modo, formulações como o modelo da

interacção recíproca de Bandura não se aplicariam a tal estado psicopatológico. O "modelo cognitivo autónomo" poderia ser mais adequado ao desenvolvimento de hipóteses e ao delineamento de experimentos para estudar a pessoa psicologicamente perturbada.

35

PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO DA TERAPIA COGNITIVA DA DEPRESSÃO

1. O psicoterapeuta que trata de pacientes deprimidos deve ter uma sólida compreensão da síndrome clínica da depressão. A partir de sua educação e treinamento formais, ele precisa de instrução básica nas técnicas de entrevista necessárias para definir o "estado mental" do paciente e obter uma história adequada. Deve estar totalmente familiarizado com a miríade de manifestações clínicas da síndrome e com as vicissitudes do processo clínico e de seu resultado. Esses aspectos clínicos incluem o conhecimento acerca das remissões espontâneas, do índice de recidivas e do risco de suicídio.

Os terapeutas não devem ater-se a definições idiossincráticas da depressão, ditadas por alguma "escola" específica de psiquiatria ou psicologia, mas sim aderir às descrições amplamente aceitas das síndromes. Por exemplo, a descrição da sintomatologia, processo clínico e nosologia da depressão, expostas em Depression, causes and treatment (Beck, 1967), foram de um modo geral aceitas como definitivas por pesquisadores e clínicos, a despeito de suas próprias teorias sobre a natureza e etiologia da depressão. Desse modo, aquele texto (ou um texto equivalente) deveria ser utilizado pelo investigador ou terapeuta como uma estrutura básica para lidar com essa condição.

Acreditamos que a tendência de muitos psicoterapeutas a ignorar as categorias nosológicas tradicionais e a concentrar-se simplesmente nos problemas do paciente é limitadora e pode levar a consequências desastrosas, Embora simpatizemos com a filosofia do "tratar o paciente e não a doença", existem razões substanciais para separar as perturbações psicológicas em classes e, consequentemente, para empregar técnicas sensíveis para se chegar ao diagnóstico correio.

A depressão, por exemplo, tem várias características altamente diferenciadoras. Primeiramente, ela apresenta um conjunto específico de sintomas e comportamentos discrimináveis que a diferenciam de outras neuroses. Em segundo lugar, tende a seguir um curso peculiar. Uma depressão típica habitualmente começa de forma branda, atinge um pico de gravidade e, a seguir, geralmente declina em intensidade, até que sua característica de duração limitada e "remissões espontâneas" sejam repetidamente observadas pelos clínicos. A depressão tende a ser episódica, com períodos intercalados livres de sintomas. A natureza da duração limitada da depressão distingue essa síndrome de outras, como as fobias e as neuroses obsessivo-compulsivas, e mesmo da ansiedade crónica, que pode perdurar por toda a vida sem quaisquer

alterações significativas. Em terceiro lugar, em vista da complicação letal que é quase especificamente própria dessa síndrome, ou seja, o suicídio, o diagnóstico da depressão é particularmente

importante. Em quarto lugar, alguns tratamentos somáticos específicos foram empregados com sucesso na depressão. As drogas tricíclicas, por exemplo, têm emprego altamente selectivo nessa síndrome. O tratamento com eletrochoque muitas vezes produz resultados notáveis em casos seleccionados de depressão, embora tenda a piorar outras condições, como a neurose de ansiedade. Em quinto lugar, um conjunto de provas que se vem acumulando indica existir um tipo peculiar de distúrbio biológico na depressão, possivelmente relacionado a uma depleção de neurotransmissores. Em sexto lugar, há algumas provas de que certos tipos de doenças depressivas (ex.: depressões bipolares) têm um acentuado determinante hereditário. Em sétimo lugar, descobrimos, em nossas pesquisas, que o conteúdo específico das distorções cognitivas e as pressuposições subjacentes diferem dos encontrados em outros distúrbios. Finalmente, os tipos de factores precipitadores (quando se encontram presentes) podem divergir nas várias perturbações neuróticas. Os precipitadores da depressão giram em tomo de uma perda real ou percebida; em outras síndromes, como a ansiedade, os factores desencadeantes específicos estão mais ligados à ameaça ou ao perigo.

Um resumo conciso da sintomatologia e do diagnóstico diferencial dos distúrbios depressivos pode ser consultado no Capítulo 17 (Terapia Cognitiva e Medicamentos Antidepressivos), nesta monografia. Antes de tomar uma decisão acerca da escolha do tratamento para um paciente depressivo, o clínico deve dominar o material constante daquele capítulo. De outra forma, poderá descobrir, para seu próprio desapontamento, que esteve tratando um maníaco-depressivo cíclico com uma abordagem exclusivamente psicológica, enquanto o paciente deveria estar sendo medicado com lítio. Do mesmo modo, o clínico deve ser sensível à presença de distúrbios afectivos graves e da depressão psicótica, para não correr o risco de recusar injudiciosamente a medicação antidepressiva eficaz. Além disso, precisa saber como e quando combinar a medicação antidepressiva com a terapia cognitiva.

Existe um risco de que o clínico inexperiente possa fixar sua atenção numa faceta da depressão e ignorar os numerosos componentes afectivos, motivacionais, cognitivos, comportamentais e psicológicos. Sabemos de várias ocasiões em que um terapeuta, cegado pela teoria, anunciou, com orgulho, modificações numa área, por exemplo, melhora nas relações inter-pessoais, nível de actividade aumentado ou uma aparente redução da tristeza. Poucos dias mais tarde, o paciente cometeu suicídio!

2. Uma vez que o suicídio é a complicação letal da depressão, o clínico precisa de habilidades específicas para o reconhecimento do paciente suicida e para a determinação do risco de suicídio. Mesmo um paciente com uma depressão branda pode suicidar-se; ademais, não são incomuns as tentativas de suicídio durante a

psicoterapia. O clínico precisa estar alerta para os indicadores de aumento do risco de suicídio durante o tratamen-

to, a fim de estar preparado a tomar decisões cruciais acerca de assuntos tais como notificar a família do paciente sobre o risco de suicídio, recomendar hospitalização, receitar precauções especificas no hospital etc.

Algumas instruções para a avaliação do risco de suicídio podem ser encontradas na monografia The prediction of suicide (Beck, Resnik e Lettieri, 1974) e também no artigo que descreva a Escala de Ideação Suicida (Beck, Kovacs e Weissman, no prelo). A intervenção psicológica rápida, especialmente quando o terapeuta é capaz de isolar e reverter o sentimento de abandono subjacente, é discutida com detalhes no Capítulo 10.

3. O candidato a terapeuta cognitivo deve ser, primeiramente, um bom psicoterapeuta. Deve possuir as características necessárias, tais como a capacidade de responder ao paciente numa atmosfera de relacionamento humano — com interesse, aceitação e simpatia. Não importa quão proficiente ele seja no emprego técnico de estratégias cognitivas, ficará seriamente obstruído em seu trabalho se não for dotado dessas características interpessoais essenciais.

Constatamos que terapeutas com formação e experiência distintas podem exercer com sucesso a terapia cognitiva. Terapeutas com prática em terapia psicodinâmica frequentemente mostram empatia, sensibilidade e habilidade ao lidar com as reacções transferenciais. Terapeutas behavioristas, por outro lado, geralmente se mostram qualificados para empregar as técnicas terapêuticas específicas.

4. O terapeuta dotado de conhecimento, calor humano, empatia e aceitação não pode esperar atingir bons resultados na terapia cognitiva da depressão simplesmente com base no estudo dessa monografia. Ele precisará, além disso, satisfazer aos seguintes pré-requisitos:

a. Ter uma compreensão clara do modelo cognitivo da depressão, como se acha descrito em Depression: causes and treatment (Capítulos 15, 17 e 18) e no Capítulo 5 da Cognitive therapy and the emotional disorders (Beck, 1976).

b. Compreender a estrutura conceitual da terapia cognitiva, como está delineada no último volume citado anteriormente (Capítulos 2, 3, 4, 9, 10 e 12), bem como seu emprego especial no tratamento da depressão (Capítulo 11).

c. Ter formação específica num centro de terapia cognitiva. Isso deve incluir supervisão na terapia de pacientes deprimidos. A importância do treinamento intensivo, incluindo um período prolongado no Centro de Terapia Cognitiva. Descobrimos que, após um curso intensivo de três meses, incluindo a supervisão do tratamento de dois ou três pacientes deprimidos, menos que 25% dos estagiários (consistindo de psiquiatras e psicólogos) satisfizeram sequer aos critérios mínimos de competência cm terapia cog-

nitiva. Os 25% continuaram com supervisão semanal de seus casos e, ao final de um ano, a maioria deles parecia ter alcançado um nível razoável de competência (ver Tabela de Verificação de Competência para Terapeutas Cognitivos, no Apêndice). Em geral, nossa experiência indica um período de seis meses a dois anos para o atingimento dos critérios de competência.

d. Fazer treinamento em seminários, grupos de estudo dirigido e instituições e utilização de "video-tapes" e transcrições comentadas. Esse treinamento também requer supervisão contínua de um instrutor qualificado, a intervalos semanais, até que sejam satisfeitos os critérios de competência.

LIMITAÇÕES DA TERAPIA COGNITIVA

Vários estudos sistemáticos da terapia cognitiva no tratamento de depressão (ver Capítulo 18) apontam esta abordagem como promissora. Entretanto, é necessário um volume considerável de pesquisa adicional para corroborar as descobertas dos estudos iniciais e definir os limites de aplicabilidade do método, em termos dos tipos específicos de depressão (por exemplo, a presença de características "borderline") e de outras características do paciente (nível educacional, atitudes face à psicoterapia em oposição à quimioterapia, propensão mental à psicologia, "força egóica" e vários factores demográficos).

Devido ao fato de que se toma necessário um amplo conjunto de informações para que se possa definir o papel da terapia cognitiva no tratamento da depressão, esperamos que esta monografia venha a ser usada por aqueles investigadores que buscam levantar as questões mais sérias acerca do emprego e da utilidade da terapia cognitiva.

Os profissionais que empregam as estratégias delineadas neste manual devem ter em mente as seguintes advertências:

1. A não ser com o objectivo de pesquisa, a terapia deve restringir-se aos tipos de pacientes que, segundo confirmação dos estudos de pesquisa realizados, mostram-se receptivos a esta abordagem. (Os leitores devem examinar os relatórios originais de estudos controlados resumidos no Capítulo 18.) Tais estudos demonstraram a eficácia da terapia cognitiva no tratamento de estudantes universitários deprimidos, encaminhados a uma

clínica de higiene mental, a uma clínica comunitária de saúde mental, ou a um departamento universitário de pacientes psiquiátricos externos.

2. A eficácia desta terapia foi comprovada apenas com pacientes deprimidos externos unipolares e não-psicóticos. Assim, procedimentos padronizados de

tratamento devem ser empregados com depressivos graves ou bipolares, com pacientes altamente regredidos ou com pacientes de tendência suicida acentuada (por exemplo, hospitalização e terapias "somáticas"). Uma discussão sobre a combinação da terapia cognitiva com medicamentos antidepressivos pode ser encontrada no Capítulo 17.

3. A medicação antidepressiva teve sua eficácia comprovada por um grande número de estudos. Sendo assim, a terapia cognitiva deve ser reservada aos casos de pacientes deprimido» unipolares, para os quais o clínico considere essa abordagem preferível à medicação antidepressiva; (a) o paciente recusa a medicação com drogas; (b) prefere uma abordagem psicológica, na esperança de que a experiência de aprendizagem possa reduzir sua tendência à depressão; (c) sofre de efeitos colaterais intoleráveis com medicação antidepressiva, ou sofre de algum problema de saúde que torna contra-indicado o uso de medicamentos antidepressivos; (d) provou-se resistente a tentativas adequadas de tratamento com drogas antidepressivas.

ARMADILHAS COMUNS NA APRENDIZAGEM DA TERAPIA COGNITIVA

No ensino da terapia cognitiva, pudemos observar alguns defeitos e erro» comuns na abordagem terapêutica dos estagiários:

1. Desprezo pela Relação Terapêutica: o candidato a terapeuta frequentemente se enamora a tal ponto das técnicas, que esquece a importância do estabelecimento de uma boa relação terapêutica com o paciente. Os problemas interpessoais com o paciente representam uma das dificuldades mais comuns dos terapeutas, ao iniciarem sua aprendizagem da terapia cognitiva. O terapeuta jamais deve perder de vista o fato de que está empenhado, com outro ser humano, numa tarefa muito complexa. Deve ser particularmente sensível para o seguinte:

a. A importância da discussão e da expressão das relações emocionais do paciente (Capítulo 2).

b. O estilo de comunicação usual do paciente. O terapeuta deve adaptar seu próprio estilo pessoal para que se entrose com o do paciente. Felizmente, uma vez que a terapia cognitiva é activa, o terapeuta tem oportunidade de desenvolver um grande repertório de estilos. Às vezes, por exemplo, pode ter que ler extremamente ative, enquanto, em outras vezes, relativamente contido; alguns

pacientes exigem um volume considerável de instrução, enquanto outros requerem encorajamento para tomar a iniciativa.

c. A ruptura das operações adaptativas interpessoais do paciente como resultado da depressão. O terapeuta precisa reconhecer os enormes obstáculos à comunicação causados pela depressão: dificuldades de concentração, comunicação e formulação de problemas verbalmente, e de estabelecimento de relação afectiva. Alguns pacientes

deprimidos ficam praticamente mudos, precisando o terapeuta tomar a iniciativa de imaginar o que pode estar perturbando o paciente e obter deste um retorno apropriado de informações, para alterar ou aprofundar suas conjecturas. Outros pacientes podem experimentar uma pressão tão intensa no sentido de certificar-se de que são compreendidos, que o terapeuta deve manter-se relativamente passivo.

d. A hipersensibilidade do paciente quanto a qualquer acção ou afirmativa que possa ser interpretada como rejeição, indiferença ou desencorajamento. As reacções exageradas ou as interpretações erradas do paciente podem fornecer valiosos insights, mas o terapeuta deve estar alerta para sua ocorrência e preparar uma estrutura para a utilização construtiva dessas reacções distorcidas.

2. Exagerada submissão ao método, inconstância ou cautela excessiva. Os novos terapeutas tendem a descambar para uma das duas posturas terapêuticas opostas. Na ânsia de dominar os aspectos técnicos, repetem como papagaios seus modelos de papel ("Os Mestres"), ao invés de integrar a abordagem terapêutica a seu próprio estilo natural. Dessa forma, assemelham-se a robôs, activamente empenhados em proferir clichés ou empregar "truques" que os pacientes podem identificar rapidamente, a partir de sua própria leitura do material na terapia cognitiva. No outro extremo, o terapeuta pode esticar a elasticidade do modelo cognitivo, para "experimentar" qualquer técnica específica que o atraía, sem nenhuma consideração quanto a sua adequação face aquele paciente específico, naquele momento particular. Tais terapeutas tendem também a saltar de uma técnica a outra, sem testar a eficácia ou as limitações de qualquer uma delas.

Por outro lado, o neófito pode mostrar-se excessivamente cauteloso, por temor de "fazer a coisa errada" e perturbar o paciente. Como consequência, pode recolher-se ao silêncio ou seguir mecanicamente o protocolo padronizado de tratamento. Felizmente, a estratégia global da terapia cognitiva fornece várias salvaguardas, tais como a obtenção de "feedback" do paciente quanto a seu entendimento das comunicações do terapeuta e quanto a quaisquer reacções contraproducentes que possa manifestar face à maneira de ser, técnicas ou sugestões do terapeuta (Capítulos 3 e 4).

3. Reducionismo Excessivo ou Posicionamento Simplista. Muitos estagiários acreditam que a terapia cognitiva envolve apenas o levar pessoas a reconhecerem e corrigirem seu pensamento negativista. Muitas vezes, o terapeuta não está suficientemente instruído em termos do modelo cognitivo dos distúrbios emocionais, é difícil, senão impossível, conduzir uma terapia cognitiva com sucesso, na ausência de uma compreensão ampla da teoria à qual ela se relaciona.

Conquanto seja verdadeiro que o modelo cognitivo tenta reduzir um distúrbio extremamente complexo a um número finito de conceitos, cada paciente traz um padrão idiossincrático específico de psicopatologia. Ademais, não existe um formato-padrão que possa ser empregado sistematicamente com todos os pacientes para obter as informações cruciais e modificar os padrões idiossincráticos.

Visto que a abordagem do tratamento, nesta monografia, consiste em operacionalizar as técnicas e os princípios da terapia cognitiva, o terapeuta inexperiente pode tentar conduzir a terapia a partir de um "livro de receitas". O terapeuta precisa trilhar o caminho entre ser-excessivamente concreto e excessivamente abstraio; atomístico versus globalista. A terapia cognitiva é uma abordagem holística, mas é empregada numa sequência de passos distintos e rapidamente compreensíveis.

4. Didatismo Exagerado ou Interpretação Excessiva. O uso de perguntas é uma parte importante da terapia cognitiva. Pode ser fácil para o terapeuta mostrar que o paciente distorceu suas experiências, que existe um pensamento interveniente entre um fato e uma experiência emocional. Mas pode ocorrer muito pouco progresso. É importante que o terapeuta faça perguntas que rompam a lógica fechada do paciente, através do uso de uma abordagem indutiva.

Um benefício adicional desse procedimento indutivo é que o paciente pode exercitar esse comportamento auto-questionudor mais tarde, quando estiver sem o terapeuta. Em outras palavras, ele "ouve" a voz do terapeuta fazendo perguntas do tipo "qual é a prova disso?", "qual é a coisa mais adaptativa que posso fazer agora?". Além disso, aprendendo a reconhecer e testar suas hipóteses, o paciente desenvolve um empirismo sadio que serve como uma salvaguarda contra a formação de conclusões irrealistas.

Um inconveniente paradoxal de o terapeuta pregar suas próprias teorias e dizer ao paciente o que supõe que este esteja pensando é que essa abordagem frequentemente produz resultados positivos. Em vista das características de solicitação dessa abordagem, o paciente "fornece" informações que apoiam as crenças do terapeuta, o que geralmente leva a uma falsa melhora. A longo prazo, entretanto, os ganhos geralmente se perdem e o paciente tende à recaída.

Em certas ocasiões, é essencial ao terapeuta assumir um papel educacional com o paciente, explicando-lhe algumas características da depressão

e da terapia cognitiva. Contudo, o terapeuta deve estar atento para que suas explicações nau sejam aceitas acriticamente pelo paciente, e assegurar-se de que sejam testadas por ele em ocasião posterior.

5. "Superficialidade" excessiva. É essencial que o neófito reconheça a importância de averiguar detalhadamente os significados. Embora a correcção de pensamentos irrealistas automáticos seja um elemento importante no tratamento de um paciente, a totalidade do significado da experiência do paciente é crucial. Às vezes, os significados que as pessoas atribuem a uma situação podem não ser formulados completamente, mas sim ter que ser extraídos pêlos terapeutas.

Por exemplo: Se um paciente recebe uma recusa a um manuscrito, seu pensamento automático pode ser "Falhei nisso. Foi um desperdício. Nunca mais vou escrever nada outra vez". Entretanto, se o terapeuta perguntar ao paciente, "O que

significa isso para você, em termos de seu futuro, você mesmo e suas experiências?", ele tenderá a conseguir material ainda mais significativo. O paciente poderia responder, "Significa que eu sou totalmente inadequado, que eu nunca vou ser capaz de fazer nada. Nunca vou progredir em minha carreira... Jamais serei feliz".

A confiar exclusivamente nos dados brutos imediatos dos pensamentos automáticos, o terapeuta perde o significado crucial, mas não expresso, ou seja, as consequências antecipadas pelo paciente em termos do resto de sua vida. Além disso, terapeuta e paciente devem explorar as pressuposições subjacentes e esses significados e consequências antecipadas. No caso citado, por exemplo, o paciente opera com suposições do tipo "Uma única falha é suficiente para prever fracassos contínuo" e "Nunca poderei ser feliz a menos que seja um escritor de sucesso".

Dentro das mesmas premissas, o terapeuta deve resguardar-se contra a aceitação de explicações fáceis e verificar a confiabilidade dos relatos do paciente sobre suas introspecções. O terapeuta pode adquirir confiança em sua compreensão da totalidade de uma experiência específica entrando no "mundo fenomenal" do paciente. Pode então descrever sua experiência vicária ao paciente e obter dele o feedback sobre a acuidade de suas percepções da experiência do paciente. A experiência participatória, um dos componentes da "empatia", é descrita mais pormenorizadamente no Capítulo 8.

6. Reacção Negativa a Pacientes Deprimidos. O terapeuta tem que ter em mente que trabalhar com pacientes deprimidos é tarefa muitas vezes difícil e tediosa, deve precaver-se contra as observações pejorativas sobre o comportamento do sujeito deprimido (Capítulo 4). Precisa aperceber-se de que a pessoa deprimida pode realmente acreditar que a terapia (em apenas uma possibilidade mínima de ajudá-la, que sua vida é realmente difícil e que o futuro não traz qualquer esperança. Os terapeutas novos podem frequentemente:

a. ser apanhados na crença do paciente de que sua vida é sem esperança e, assim, desistir do paciente e acreditar que ele não pode ser ajudado;

b. rotular o paciente como sendo resistente e fazer uma interpretação motivacional de seu comportamento (ao invés de explorar as bases do "oposicionismo", niilismo ou ceticismo do paciente, que geralmente se enraízam em suas suposições falhas). Pode então reagir ao cliente acreditando estar sendo manipulado por ele. Por outro lado, o terapeuta poderia encarar construtivamente o ceticismo do paciente como um estímulo contínuo para empregar o método indutivo ao "paradigma pessoal" do paciente (Capítulo 4).

Um dos melhores antídotos para as respostas contraproducentes ás reacções autodepressivas do paciente à terapia é a tentativa de estabelecer com ele uma relação empática, como se descreveu na secção anterior. Pela entrada no mundo fenomenal do

paciente, o terapeuta pode compreender como as "resistências" dele são consequência inevitável de seu modo de construir a realidade.

7. Aceitação do "Insight Intelectual". O psicoterapeuta tem que acautelar-se para não ser iludido pelas afirmativas do paciente, no sentido de que este acredita nas formulações do terapeuta "intelectualmente", mas não "emocionalmente". Se a formulação do terapeuta estiver correcta, o paciente poderá gradualmente integrar essa ideia em seu sistema de crenças.

Quando um indivíduo tem uma crença importante, normalmente tem algum sentimento subjectivo sobre ela. Ele aprendeu a "confiar" nesse sentimento subjectivo de que a crença está correcta. (Evidentemente, esse sentimento é com frequência um sinal enganador e, assim, conduz a interpretações que produzem sérias dificuldades, desse modo, quando ele diz, "Acredito no que você afirma - intelectualmente falando", está simplesmente reconhecendo a possibilidade de que a afirmação do terapeuta esteja correia, mas não lhe atribuiu grande valor de verdade. O "real" para ele é sua própria crença - e não as declarações ou pontificações do terapeuta.

Algumas recomendações quanto à abordagem terapêutica de questões relacionadas ao insight "intelectual" versus o "emocional" podem ser encontradas no capítulo sobre problemas técnicos (Capítulo 14).

MAXIMIZANDO O IMPACTO DA TERAPIA COGNITIVA

Os princípios e técnicas gerais da terapia cognitiva serão explicados detalhadamente nos demais capítulos deste livro. Entretanto, convém a esta

altura ressaltar alguns conceitos relevantes para o aumento da eficácia imediata e a longo prazo desta terapia.

1. Importância do Empreendimento Cooperativo com o Paciente. Quanto mais terapeuta e paciente trabalharem juntos, tanto maior será a experiência de aprendizagem para ambos. O esforço conjunto não apenas gera um espírito cooperativo, mas também um senso de exploração e descoberta. Esses factores aumentam a motivação e ajudam a superar os muitos obstáculos inerentes à psicoterapia.

2. O Valor de Capitalizar nas Variações e flutuações da Depressão do Paciente. Quando o paciente mostra uma melhora, o terapeuta deve encorajá-lo a apontar quais métodos (se os houve) contribuíram para a melhora. Exacerbações de sintomas ou recaídas devem ser antecipadas e "bem-vindas", com uma fonte valiosa de informação pura explorar os factores que levaram à intensificação da depressão e como uma oportunidade valiosa de o paciente praticar suas técnicas para lidar com esses problemas. Essa abordagem é representativa da filosofia geral de "transformar toda desvantagem numa vantagem". O terapeuta não deve entusiasmar-se demais com melhoras rápidas, que são frequentemente o resultado de "factores não específicos",

tais como a relação terapeuta-paciente e as expectativas do paciente. O terapeuta deve enfatizar a importância dos métodos de aprendizagem do paciente para reverter a depressão e não apenas melhorar passivamente. Embora atraente, o papel de Dr. Otimista é menos eficaz que o modelo da cooperação séria e objectiva na solução de problemas.

3. Ênfase Contínua na Auto-Exploração. A concentração na exploração do significado dos acontecimentos ao longo de todo o curso da terapia e particularmente após seu término deve ser encorajada. Mesmo acontecimentos como a perspectiva de término devem ser examinados e seus significados investigados com insistência.

4. "Aprendizagem Dependente do Estado" e a Cooperação de Outros Significativos. Observamos que os pacientes aprendem melhor a analisar e lidar com suas dificuldades quando seus problemas estão "fervendo". Assim, se eles realmente vivenciarem sentimentos depressivos e as cognições a eles associadas durante uma sessão terapêutica, poderão ser preparados para lidar com o estado problemático quando o terapeuta não estiver presente. Por essa razão, é às vezes aconselhável tentar "recriar" uma situação de imobilidade durante uma sessão de terapia. Além disso, as sessões podem ser marcadas para ocasiões em que a situação problemática (por exemplo, aumento da solidão) tem probabilidade de ocorrer, como fins de semana ou à noite. Algumas vezes podem ser necessárias entrevistas telefónicas para lidar com o problema quando activado. Mais que tentar encaixar o tratamento do paciente no "leito de Procusto" das sessões de tratamento arbitrariamente marcadas, o terapeuta ou assistente profissional poderá fazer uma visita domiciliar para ajudar o paciente a solucionar um proble-

ma (por exemplo, lidar com o trabalho caseiro ou fazer exercícios para a escola), o qual esteja especificamente relacionado uma situação particular. Constatamos, por exemplo, que as visitas profissionais dessa natureza frequentemente atingem resultados melhores do que as visitas ao consultório. Nossas descobertas a esse respeito parecem ajustar-se a conceitos actuais de "aprendizagem dependente do estado": o que uma pessoa aprende num estado especifico tem mais probabilidade de se generalizar para aquele estado especifico do que para outros estados. Assim, a melhor hora para um paciente aprender a lidar eficazmente com impulsos suicidas e quando se mostra activamente suicida.

Uma vez que as visitas domiciliares são frequentemente inconvenientes ou impossíveis de marcar, a cooperação activa de um membro da família ou amigo pode ser aconselhável. O "terapeuta auxiliar" pode ser treinado para implementar estratégias terapêuticas específicas na situação de casa.

capítulo 2

O PAPEL DAS EMOÇÕES NA TERAPIA COGNITIVA

É um truísmo afirmar que a riqueza da experiência humana é uma mescla de sentimentos e emoções. A maioria das pessoas dirá que o que lhes parece mais real ou válido são seus sentimentos ou emoções. Sem o jogo livre das emoções, não existiria a vibração da descoberta, a diversão nas situações humorísticas, a excitação ao ver-se uma pessoa amada. Os seres humanos operariam num nível puramente "cerebral", desprovido das nuances de sentimento que tomam suas vidas vibrantes e não mecânicas.

Num certo sentido. a pessoa deprimida é como um ser puramente "cerebral": ela pode perceber a graça de uma piada, mas não se diverte. Descreve as feições atraentes de sua esposa ou filho sem qualquer senso de satisfação. Pode admitir o encanto de um prato favorito ou de uma peça musical - mas sem vivenciar um sentimento de deleite.

Paradoxalmente, embora se mostre entorpecida a capacidade de ressonância de sentimentos positivos na pessoa deprimida, ela experimenta vibrações extremas de emoções desprazeirosas. É como se o reservatório inteiro de seus sentimentos se canalizasse através das comportas da tristeza e da infelicidade.

Assim, ao lidarmos com o paciente deprimido, não devemos jamais perder de vista a gravidade de sua perda - a constrição de sua capacidade de experimentar prazer, afeição, alegria e divertimento - e a intensidade de sua tristeza. Não é raro que os pacientes deprimidos procurem ajuda primariamente por não mais sentirem amor pelos membros de sua família, ou por terem perdido o gosto pela vida. Com a continuidade da exploração, é claro, constatamos que as diversas outras manifestações da depressão também se fazem presentes.

O emprego de termos como Terapia Racional ou Terapia Cognitiva frequentemente dá a impress4o de um conjunto intelectualizado de rituais,

que ignoram os sentimentos e as sensações e que substituem a relação humana por uma dialéctica estéril. A abordagem racional - ou cognitiva tem sido frequentemente confundida com a escola filosófica do racionalismo e com o movimento racionalista do qual foram precursores Ayn Rand e Nathaniel Brandon. Na verdade, Albert Ellis mudou o nome desta abordagem, de Psicoterapia Racional para Terapia Racional-Emotiva, para enfatiur a importância das emoções na formulação de sua teoria e terapia.

O objectivo da terapia cognitiva é aliviar a angústia emocional e os outros sintomas de depressão. O meio 6 centrar a atenção nas interpretações erróneas do paciente, em seu comportamento autoderrotista e em suas atitudes disfuncionais. Entretanto, o terapeuta deve ser sensível às emoções desagradáveis intensificadas no paciente. Ele precisa ser capaz de estabelecer uma relação de empatia com as dolorosas experiências emocionais do paciente, assim como identificar suas cognições

falhas e a conexão entre pensamentos e sentimentos negativistas. De modo semelhante, o terapeuta deve estar continuamente alerta a lampejos de divertimento e satisfação, para intensificar essas emoções agradáveis. Sempre que possível, deve atiçar as chamas da afeição e da gratificação do paciente. As pessoas em nossa cultura, não treinadas na tradição estóica, atribuem grande significado a suas experiências emocionais prazeirosas. A perda desses sentimentos satisfatórios traz uma sensação de não ser uma "pessoa real", de ter a existência ressequida. Do ponto de vista da terapia, o relato e a experiência do paciente sobre esses sentimentos fornecem uma indicação valiosa de seu progresso e um guia para as estratégias terapêuticas específicas.

Devemos, entretanto, observar que a terapia cognitiva não enfatiza o valor exclusivo da busca e intensificação da experiência emocional no nível advogado pelas escolas vivenciais de psicoterapia (ex.: a Terapia Primitiva, Janov, 1970). Essas terapias "ab-reativas" geralmente ignoram a relevância da ideação irracional ou disfuncional na produção de reacções emocionais excessivas e inapropriadas, descartando o valor das técnicas racionais no seu alívio.

Do ponto de vista da teoria do que faz as pessoas melhorarem, alguns autores apresentaram argumentos convincentes do que a melhora terapêutica produzida por algumas dentre várias terapias pode ser largamente atribuída a modificações cognitivas. Por exemplo, comprovação clínica e empírica tem sido aduzida em apoio à noção de que a melhora, durante a dessensibilização sistemática, é mediada pela reestruturação cognitiva (ex.: Breger e McCaugh, 1965). De igual modo, Ellis assinalou que o motor primordial do sucesso das terapias "sensíveis", como a terapia vivencial do Gendlin, é a reorganização cognitiva.

Já se comprovou que outros tipos específicos de "problemas emocionais", além da depressão, consistem em muito mais do que a evocação de pura emoção. Trabalhos empíricos sérios demonstraram o papel crucial dos

factor cognitivos na produção e no alívio da ansiedade (Lazarus, 1966; Meichenbaum, 1977) e da raiva (Novaco, 1975). Na verdade, seria menos enganoso que se re-rotulassem os distúrbios emocionais como "distúrbios psicológicos".

Além de incluir uma formulação detalhada sobre a relação entre as emoções e os processos cognitivos, a terapia cognitiva se vale enormemente das "técnicas emocionais" como parte de seu repertório terapêutico. Descobrimos que a expressão espontânea de emoções e a intensificação das emoções através de técnicas como a "consciência sensorial" e a "submersão" são instrumentos valiosos - desde que comportados num programa de mudança cognitiva. Na verdade, visto que uma parte essencial da terapia cognitiva da depressão é o estabelecimento da conexão entre uma emoção desagradável e as cognições que antecedem a atitude predominante, é obviamente essencial focalizar as reacções emocionais do paciente e discriminá-las.

IDENTIFICAÇÃO E EXPRESSÃO DE EMOÇÕES

Já assinalamos a importância de se atribuir um papel adequado às emoções no modelo cognitivo da personalidade e da psicoterapia (Capítulo 1). Frisamos anteriormente a importância de se designar a abordagem cognitiva como "humanista", em oposição a terapia "mecanicista". É fundamental, portanto, que o terapeuta inexperiente tenha consciência e consideração permanentes das vicissitudes das reacções emocionais do paciente – assim como de suas próprias. Além disso, a identificação precoce de reacções emocionais inadequadas ou excessivas no paciente é obviamente fundamental como um sinal de disfunção cognitiva.

Alguns pacientes (particularmente os homens) podem rejeitar inicialmente a ideia de se estarem sentindo tristes; entretanto, geralmente tornam-se conscientes e admitem seus sentimentos após o esclarecimento de outros sintomas depressivos, Constatamos, por exemplo, que alguns pacientes que endossam a afirmativa "Não estou triste ou infeliz", no primeiro conjunto de alternativas do Inventário Beck da Depressão, modificam sua resposta para "Estou muito triste" após completarem o restante do questionário,

Ocasionalmente, um paciente pode apresentar uma variedade de sintomas associados à depressão (por exemplo, perda de energia, perturbações do sono, perda de apetite, atitudes negativistas), mas, ao invés de sentimentos de tristeza, pode queixar-se da perda ou da diminuição de sentimentos positivos; por exemplo, perda de afeição pelo cônjuge, filhos ou amigos; falta de gosto por novas actividades; redução da gratificação obtida em actividades ordinariamente satisfatórias. Esse paciente pode vivenciar a apatia, sem estar consciente da tristeza.

Ao determinar as reacções emocionais do paciente, o terapeuta deve ter o cuidado de não cair na armadilha semântica de aceitar como uma emoção qualquer frase que se siga à expressão "sinto". É comum às pessoas fazerem preceder um amplo conjunto variado de opiniões, crenças, especulações e outras atribuições, de palavras do tipo "sinto". Quando uma pessoa falo afirmativas do tipo "Sinto-me sem valor" ou "Sinto que tenho que ter sucesso para ser feliz", está verbalizando uma ideia que pode estar associada a um sentimento. Ou pode estar expressando um conceito de modo provisório - como se dissesse "Eu me apercebo de que esta pode não ser uma ideia defensável. Portanto, direi 'eu sinto' ao invés de 'eu acredito'.

Um terapeuta da escola experimental pode agarrar-se às palavras introdutórias ("eu sinto") e iludir-se na crença de que chegará mais perto dos "verdadeiros" sentimentos do paciente, se reflectir de volta, "Então você sente...". É desejável que o terapeuta cognitivo faça um bom começo, a partir de traduções adequadas do "Eu sinto..." para "Você acredita…".

Após chegar a um consenso com o paciente sobre a distinção semântica entre sentimentos (tristeza, alegria, raiva, ansiedade) e pensamentos ou opiniões, o terapeuta deve procurar avaliar a capacidade do paciente de reconhecer e rotular seus

sentimentos. Em geral, os pacientes deprimidos não têm muita dificuldade em identificar seus sentimentos e em ligar o surgimento ou intensificação de sentimentos desagradáveis a situações específicas. Ocasionalmente, entretanto, parecem separar seus sentimentos do restante de seu comportamento. Uma paciente, por exemplo, sentia um nó na garganta após ter uma experiência de desapontamento. Inferia então - e de facto vivenciava - um sentimento do tristeza, Outra paciente começava a chorar antes de reconhecer qualquer sentimento desagradável. Então dizia, "Estou chorando, portanto acho que estou triste", Com a investigação adicional, descobriu ter experimentado uma ponta de tristeza antes de começar a chorar - o que indica que não estava simplesmente inferindo a presença da tristeza a partir do facto de estar chorando.

Durante o levantamento cuidadoso da história do paciente, ele pode expandir sua esfera de consciência para abranger os sentimentos desagradáveis. Uma dona de casa de 35 anos, por exemplo, queixava-se de cansar-se facilmente, de astenia e de uma fraqueza física generalizada, que perdurava há um ano, mas parecia satisfeita e negava experimentar quaisquer sentimentos de tristeza ou infelicidade. Disse ao psiquiatra: "Simplesmente não compreendo porque me sinto tão cansada o tempo todo, Tenho um marido dedicado e dois filhos óptimos. Não tenho nenhum problema em meu casamento... na realidade, tenho tudo que uma pessoa poderia desejar". O terapeuta pediu-lhe então que falasse mais concretamente sobre suas relações com seu marido, A medida que ela começou a descrever interacções específicas com o marido, começou a soluçar - para sua própria surpresa e

para surpresa do terapeuta. Mostrou-se perplexa na tentativa de conciliar seu sentimento de tristeza com sua vido rósea do casamento.

À medida que foi descrevendo alguns dos padrões comportamentais típicos de seu marido, começou a chorar incontrolavelmente. Depois que se recompôs, disse, "Sabe... acho que essas coisas me aborrecem mais do que eu tinha percebido". Afirmou que agora estava se sentindo muito triste. Conforme começou a dar-se conta de seus problemas com o marido, sua tristeza aumentou. A partir daí, sua tristeza funcionou como um excelente barómetro da gravidade de suas dificuldades conjugais. Uma vez que aprendeu a centrar a atenção em seus sentimentos, tornou-se capaz de associar suas vivências de tristeza a cognições específicas, tais como "Ele não tem consideração", "Ele sempre faz as coisas a seu modo", "Ele não se importa com o que eu quero". "Ele age como se eu fosse uma criança idiota".

No curso de um rápido aconselhamento, ela verificou que podia modificar a qualidade absolutista de suas avaliações sobre o marido, e experimentou um alívio da tristeza e de outros sintomas da depressão. Antes da terapia, tendera a rotular seu marido como "perfeitamente bom" ou "perfeitamente mau", descartando rapidamente (e esquecendo) os rótulos "maus". Depois de pôr em prática algumas sugestões no sentido de informar seu marido mais explicitamente acerca de seus desejos, descobriu que ele era surpreendentemente receptivo. Quase simultaneamente, voltou a ser tão feliz, enérgica e vivaz quanto tinha sido antes da instalação da depressão. Curiosamente, nos 15 anos que se seguiram àquelas consultas, ela tem-se mostrado livre de sintomas depressivos.

Os problemas centrais dessa paciente giravam em torno (a) de sua tendência a interpretar suas experiências em termos extremos, e (b) de sua rejeição a qualquer ideia ou sentimento dissonante com sua visão altamente romanceada de seu mundo. Assim, antes do casamento havia concebido seu marido como um ser perfeito e havia idealizado a relação entre eles. Na realidade, embora atraente e cativante, seu marido era egocêntrico e dominador. Para preservar seu sonho de uma relação harmoniosa, ela automaticamente subordinava seus próprios desejos aos dele. Periodicamente, entretanto, experimentava pensamentos extremamente negativos sobre ele, tais como "Ele é cruel e insensível", e sentia-se triste e aborrecida. Embora descartasse rapidamente os pensamentos, os sentimentos desagradáveis persistiam. Lutava então para suprimir tais sentimentos disfóricos, uma vez que estavam em desacordo com sua visão de si mesma como pessoa despreocupada. Sua perda de energia e sua tendência à fadiga provinham, em grande parte, de seu esforço para negar a existência de circunstâncias desagradáveis. Além disso, a grande discrepância entre suas expectativas idealizadas e suas satisfações reais a deixavam com um sentimento de desapontamento crónico, o qual, por seu turno, minava seus próprios sentimentos de vitalidade e restringia sua espontaneidade.

Depois que a paciente pode reconhecer e confrontar sua tristeza e suas irritações, foi encorajada a encarar seu marido mais realisticamente - nem príncipe encantado nem feitor de escravos. O passo final foi a reestruturação de seu relacionamento com o marido. O terapeuta a ajudou a atingir esse resultado através de uma variedade de tipos de treinamento positivo, incluindo a representação de papéis. (Capítulo 7).

Este caso ilustra a importância de se fazer um inventário habilidoso para trazer à tona os sentimentos do paciente, antes de explorar os pensamentos disfuncionais e as crenças erróneas. Serve também para sublinhar a necessidade de esmiuçar os detalhes específicos da situação de vida actual do paciente e de não aceitar sem questionamento suas afirmativas de carácter global - sejam elas positivas ou negativas. Em contraste com essa mulher, entretanto, a maioria dos pacientes deprimidos tem uma tendência a fazer apenas generalizações negativas exageradas, que normalmente caem por terra quando o terapeuta explora os detalhes específicos.

Como observação final no contexto da importância de encorajar o paciente a exprimir seus sentimentos, verificamos, ocasionalmente, que o paciente se surpreende ao constatar que o terapeuta aceita e, a rigor mostra empatia por seus sentimentos de tristeza ou infelicidade. Um policial, por exemplo, ao receber uma resposta calorosa a suas manifestações de desespero, chorou por cerca de 5 minutos e disse: "Esta é a primeira vez que choro desde que era criança". Experimentou um alívio imediato e começou a sair rapidamente de uma depressão de longa data.

O PAPEL DAS EMOÇÕES NA RELAÇÃO TERAPÊUTICA

Evidentemente, quase todos os componentes da relação terapêutica tem aspectos emocionais. Quando a relação terapêutica é boa, o paciente geralmente experimenta sentimentos afáveis em relação ao terapeuta, mostra optimismo quanto a ser ajudado, sente-se grato ao terapeuta, tem um senso reconfortante de segurança quando pensa em encontrar-se com o terapeuta e aguarda com interesse a sessão de terapia. Da mesma forma, o terapeuta pode ter uma grande variedade de reacções emocionais ao paciente - empatia, interesse, desejo de ajudar e satisfação ao perceber-se capaz de auxiliar o paciente.

A eficácia da relação terapêutica depende, em grande parte, da capacidade do paciente de vivenciar e manifestar sentimentos durante a sessão

de terapia. Os pacientes deprimidos frequentemente relatam um sentimento de "não estar sendo autêntico". Interpretam como sinal de insinceridade: sua dificuldade de dizer honestamente a outrem como e o que eles sentem e o facto de manterem uma fachada social para esconder sua perda de: sentimentos positivos. Assim, muitos pacientes deprimidos afirmam que o simples facto de poder comportar-se emocionalmente - sem restrições – os ajuda a recuperar um senso de honestidade e

autenticidade. O paciente pode dizer, por exemplo: "Mesmo que, provavelmente, eu esteja sendo fraco em ceder a meus sentimentos dessa maneira, pelo menos estou sendo honesto", Desse modo, a liberdade de "ser ele mesmo" durante a sessão alivia-o do peso de ocultar seus sentimentos e de tentar exibir uma aparência de bravura.

A vergonha do paciente acerca de seus sentimentos cobre uma vasta gama de atitudes investidas de emoção: a redução de sua habilidade para expressar amor ou mesmo para vivenciá-lo; sua irritação, especialmente face àqueles que são importantes, e sua ansiedade sempre presente, Acima de tudo, os pacientes sentem vergonha quando sua tristeza parece excessiva ou inadequada à sua situação de vida. Um paciente dirá, por exemplo: "Tenho tudo que alguém poderia querer e, apesar disso, sinto-me infeliz, descontente e insatisfeita com tudo". Alguns pacientes podem auto-repreender-se por sua aparente falta de reconhecimento de suas "bençãos" e, a rigor, experimentar uma quantidade de sentimentos de culpa em vista disso. De fato, muitos afirmam sentir-se culpados e indignos "porque as pessoas são tão boas para mim". Realmente, alguns deprimidos se sentem pior quando seus amigos e familiares lhes demonstram considerações ou bondade especiais, reacções emocionais como essas e a experiência não pouco comum da diminuição ou perda do amor, ou mesmo irritação face a seu círculo de amigos e parentes, são tópicos a respeito dos quais os pacientes deprimidos quase nunca se sentem livres para falar, excepto no contexto da terapia. Mesmo aí, não é provável que o paciente mencione esses tópicos a não ser que o terapeuta tenha estabelecido com ele um bom rapport e também se mostre sensível a esse conjunto participar de reacções "vergonhosas". "Abrir-se" é algo que alivia o paciente do esforço de suprimir ou esconder seus sentimentos, A aceitação, pelo terapeuta, dos sentimentos e atitudes negativas do paciente provavelmente reduz os sentimentos de culpa e a autoflagelação.

Muitos pacientes também parecem experimentar alívio após serem capazes de chorar durante a sessão terapêutica. O choro desinibido parece

ter algum mérito intrinsecamente terapêutico, em muitos casos. O benefício - intensificado pelo sentimento do paciente de ter um santuário para a auto-expressão sem ser julgado. Entretanto, alguns pacientes reagem mal quando acontece chorarem durante a sessão. Alguns (especialmente os homens) podem considerar o choro um sinal de fraqueza. Outros tem problemas em controlar seu choro e, de fato, podem chorar durante toda, sessão terapêutica, a menos que o terapeuta empregue estratégias específicas (distracção ou controle comportamental) para lidar com esse problema. Como será discutido no capítulo seguinte sobre problemas especiais, treinar o paciente para controlar seu choro pode ser um pré-requisito vital para promover uma comunicação construtiva com ele.

O terapeuta deve ter sempre em mente que está tratando o paciente, e não obtendo tratamento para si próprio. Em outras palavras, é particular mente importante que tenha o cuidado de não usar a terapia para solucionar seus próprios problemas.

Entretanto, vez por outra temos ouvido falar em terapeutas que mostraram tanta empatia com o paciente a ponto de começaram a chorar junto com ele; esse tipo de troca, ao que parece, tem algum valor terapêutico no estabelecimento de uma ponte com o paciente. Ainda assim, tal resposta ocorreu com terapeutas de grande experiência, que sabiam quando dar vazão a seus próprios sentimentos.

DESCARGA EMOCIONAL

Quando falamos sobre a "liberação de sentimentos", naturalmente, estamos usando uma metáfora. A metáfora se baseia na imagem de uma represa interna de emoções fazendo pressão para serem liberadas. Nessa imagem, a emoção flui como aconteceria com a água de um reservatório. Muitos terapeutas, entretanto, tomam a metáfora literalmente e induzem o paciente a expressar sentimentos particulares que, na realidade, não estão presentes. Alguns terapeutas da "escola vivencial" trabalham na suposição de que os "sentimentos represados" são a fonte de todos os problemas e de que a descarga desses sentimentos vai magicamente levar o paciente a melhorar. Embora seja verdade que o paciente pode sentir-se melhor após expressar seus sentimentos, essa experiência pode não ter, em si mesma, qualquer efeito duradouro na terapia e, a rigor, quando é o principal ou único componente do tratamento, pode levar o paciente a sentir-se pior a longo prazo.

Contrastantemente, alguns pacientes consideram vergonhosa a expressão de sentimentos. Embora possam estar dispostos a fornecer deles uma descrição intelectual, inibem a manifestação franca da emoção (soluços; explosões ruidosas de raiva; verbalizações trémulas; cerrar os punhos).

Assim, não se beneficiam de uma verdadeira "catarse". Nesses casos, pode tornar-se necessário identificar as objecções do paciente à externalização de sentimentos, para que ele se permita manifestá-los.

O terapeuta deve assumir a postura de que quaisquer sentimentos do paciente podem ser discutidos adequadamente durante a sessão. Isto equivale a dizer que todos os sentimentos são aceitáveis. Entretanto, é importante estruturar a sessão de tal maneira que a totalidade de sua duração não seja dedicada a "emocionar" o paciente. Especialmente quando as reacções emocionais do paciente forem excessivas ou baseadas em ideias irracionais, é importante encorajá-lo a explorar as atitudes que pareçam gerar os sentimentos exagerados. Alguns terapeutas se mostram particularmente vulneráveis ao aborrecimento ou à crítica dos pacientes em relação a eles. O terapeuta deve lembrar que essas expressões negativas fazem parte do âmbito normal das emoções e que ficam geralmente acentuadas nas pessoas com algum distúrbio emocional, não devendo, portanto, ser desencorajadas. Todavia, os discursos fastidiosos contínuos do paciente podem ser contraproducentes. O modo terapêutico de lidar com tais situações será discutido no capítulo sobre problemas especiais.

De modo semelhante, conquanto a vivência de sentimentos afáveis e de gratidão face ao terapeuta costume acelerar a terapia, o paciente às vezes se empolga tanto em seus sentimentos positivos em relação ao terapeuta, que não progride na terapia. Além disso, pode envolver-se numa reacção "transferencial" muito intensa ao terapeuta, o que acarreta um problema. Alguns pacientes podem afastar-se da terapia por se apaixonarem pelo terapeuta, enquanto outros querem dominar a relação com expressões de amor; podem desejar satisfazer seus desejos eróticos pelo terapeuta, dentro ou fora da sessão. Se o paciente quiser interromper o tratamento por causa de reacções dessa natureza, cabe ao terapeuta encorajá-lo a falar nelas abertamente, para que possam ser examinadas. Seja como for, existem algumas técnicas para lidar com tais reacções.

Por exemplo, quando uma paciente "se apaixona" por um terapeuta do sexo masculino, é útil pedir à paciente que escreva num papel todas as características positivas que atribui a ele. As reacções podem ser então examinadas em confronto com as provas que lhes dão apoio. Em geral, fica evidenciado que a concepção que a paciente faz do terapeuta incorpora imagens muito grandiosas dele, assim como expectativas de ter com ele algum tipo de vida idílica fora da terapia.

De maneira semelhante, a raiva incessante pelo terapeuta pode ser trabalhada pedindo-se ao paciente para listar os diversos atributos negativos por ele percebidos no terapeuta, examinando-se subsequentemente as provas deles. Estas técnicas particulares são parte do processo de "testagem da realidade", intrínseco à terapia cognitiva.

55

Determinar o momento exacto de interromper as explosões do paciente é essencial para que ele tenha uma oportunidade do expressar seus sentimentos negativos, mas sem chegar ao ponto em que "perde o controle" da raiva, tornando-se ela autoperpetuadora. Após manifestar raiva em relação ao terapeuta ou a alguma outra pessoa, muitos pacientes podem relaxar e avaliar seus sentimentos, isto é, começam espontaneamente a verificar se existe uma base válida para suas reacções. Outros pacientes requerem monitoração criteriosa para conseguir um equilíbrio terapêutico entre a manifestação emocional e a discussão racional. Alguns trabalhos experimentais de Robert Green e Edward Munay (1975) sugerem que a reestruturação racional é facilitada pela descarga emocional.

Se o paciente começa a sentir-se melhor depois da exteriorização de sentimentos, isso pode estabelecer um ciclo favorável. Visto que o paciente deprimido pode ter perdido a esperança de jamais poder sentir-se melhor, essa experiência positiva ajuda a recuperar seu moral e também sua motivação para colaborar na terapia. Qualquer evidência de sentir-se melhor tem a probabilidade de aumentar a motivação do paciente para a terapia, contribuindo assim para sua eficácia.

56

capítulo 3

A RELAÇÃO TERAPÊUTICA: EMPREGO NA TERAPIA COGNITIVA

A psicoterapia cognitiva consiste de várias técnicas específicas de tratamento, cada uma das quais é empregada de modo planejado e lógico e talhada para cada paciente individualmente. Como nas outras psicoterapias, o terapeuta cognitivo emprega técnicas específicas no contexto de um tipo especial da relação interpessoal. A maneira como emprega essas técnicas influi directamente na natureza da relação terapeuta paciente e vice-versa.

Este capítulo descreve a natureza genérica da colaboração terapêutica no tratamento cognitivo e as características, no terapeuta, que acreditamos facilitarem o emprego de técnicas específicas. Tais princípios fornecem um padrão em relação ao qual o terapeuta pode avaliar suas próprias atitudes e técnicas. Finalmente, são apresentados os detalhes específicos da preparação do paciente para o tratamento, a formulação de um plano de tratamento e técnicas de condução de sessões terapêuticas orientadas para o objectivo.

CARACTERÍSTICAS DESEJÁVEIS DO TERAPEUTA

As características gerais do terapeuta que facilitam o emprego da terapia cognitiva (assim como de outras formas de psicoterapia) incluem o calor humano, empatia adequada e autenticidade. Essas características afectam as atitudes e comportamentos do terapeuta durante o tratamento. Se excessivamente enfatizados ou empregados sem critério, tais atributos podem favorecer a ruptura da colaboração terapêutica. Por outro lado, um terapeuta dotado dessas características e que saiba usá-las cuidadosamente poderá aumentar significativamente sua eficácia.

Acreditamos que tais características, em aí mesmas, sejam necessárias mas não suficientes para produzir um efeito terapêutico óptimo. Entretanto, na medida em que o terapeuta for capaz de mostrar tais qualidades, estará contribuindo para desenvolver um meio no qual as técnicas específicas de modificação cognitiva poderão ser empregadas de modo mais eficaz.

Cabe aqui uma palavra de advertência. As técnicas cognitivas e behavioristas muitas vezes parecem enganadoramente simples. Consequentemente, o terapeuta novato pode ficar "orientado para truques", a ponto de ignorar os aspectos humanos da interacção terapeuta-paciente. Poderá relacionar-se com o paciente como um computador se liga a outro, e não como uma pessoa a outra. Alguns dos terapeutas jovens mais aptos no emprego de técnicas especificas foram percebidos, por seus pacientes, como mecânicos, manipula dores e mais interessados nas técnicas do que neles. É importante ter em mente que as técnicas descritas em detalhe neste livro se

destinam ao emprego com muito tacto, de maneira terapêutica e humana, por uma pessoa falível - o terapeuta.

CALOR HUMANO

Uma atitude calorosa, uma preocupação de quem se importa e o interesse no paciente podem ajudar a contrabalançar a predilecção deste por encarar o terapeuta como alguém distante ou indiferente, ou ver a si próprio como um fardo indesejado para o terapeuta. Assim, a atitude calorosa do terapeuta pode ajudar a corrigir distorções cognitivas negativas específicas, que a pessoa deprimida leva para a relação terapêutica, assim como para outros relacionamentos. E fundamental ter em mente que o factor determinante na resposta do paciente é sua percepção de calor humano, e do grau real de calor manifestado pelo terapeuta.

Por outro lado, é de bom alvitre que o terapeuta tenha, cautela e vigilância na demonstração dessa atitude calorosa. Se for demasiado activo na demonstração de calor e preocupação cuidadosa (ou, mais importante ainda, se o paciente achar que a atitude calorosa é intensa demais), o paciente poderá reagir negativamente. Por exemplo, o paciente pode pensar "Não sou merecedor de tanto cuidado", ou "Estou iludindo o terapeuta, porque ele parece gostar de mim e sei que sou insignificante". Ou pode interpretar mal os motivos do terapeuta: "Ele não é sincero", ou "Como é que ele pode gostar de uma pessoa insignificante como eu?". Ocasionalmente, o paciente pode interpretar expressões de calor como sinais de afeição profunda ou de amor e apaixonar-se pelo terapeuta (Capitulo 2). Assim, aconselha-se a este demonstrar uma atitude aberta e interessada, evitando ser efusivo ou excessivamente solícito.

Em suma, o terapeuta deve atingir um equilíbrio adequado na demonstração de calor humano. O paciente pode interpretar um mínimo de calor como rejeição, enquanto uma demonstração muito efusiva de interesse pode ser mal interpretada, seja num sentido negativo, seja num sentido exageradamente positivo. Portanto, o terapeuta deve atentar cuidadosamente para os sinais que sugiram que suas atitudes são contraproducentes.

A salvaguarda consiste em perguntar directamente ao paciente como ele percebe o terapeuta; por exemplo, como alguém distante, dominador ou sincero, ou como alguém demasiado envolvido emocionalmente com o paciente. Com muita frequência, as respostas do paciente fornecem orientações úteis para o melhor caminho de o terapeuta se relacionar com ele, assim como trazem informações concretas sobre a sensibilidade e distorções cognitivas específicas do paciente.

O terapeuta geralmente demonstra sua aceitação e calor humano em sua maneira de ser, tom de voz e modo de expressar suas palavras. Esses estilos podem ser mais bem aprendidos pela observação de clínicos experimentados. O terapeuta experiente frequentemente varia o grau em que exibe uma atitude calorosa de importar-se como

paciente, dependendo do estágio da terapia. Ao longo do tratamento, o paciente pode presuma que o terapeuta deseja e necessita de demonstrações menos abertas de calor humano.

EMPATIA ADEQUADA

A empatia adequada diz respeito a como o terapeuta penetra no mundo do paciente e experimenta a vida do mesmo modo que ele. Na verdade, até certo ponto o terapeuta vivência os sentimentos do paciente. Na medida em que sua empatia seja razoavelmente exacta, será capaz de compreender como o paciente estrutura e reage a certas situações. Além disso, pode demonstrar que compartilha de algumas das aflições do paciente. Essa exteriorização ajuda o paciente a encarar o terapeuta como compreensivo, facilitando dessa forma a revelação posterior de sentimentos e cognições. Nesse sentido, a dose exacta de empatia facilita a colaboração terapêutica (ver Rogers, 1951).

Outros evidentes benefícios podem derivar dessa empatia. Se o terapeuta puder perceber com precisão e compartilhar das expectativas do paciente, terá maior probabilidade de dar sentido a seus comportamentos contraproducentes, evitando fazer juízos sobre eles. Por exemplo, o terapeuta pode aperceber-se de que um paciente "resistente" ou "negativo" é, na realidade, alguém que se percebe como tão incompetente e abandonado, que não acredita poder responder perguntas ou desincumbir-se de tarefas para casa sequer o bastante para tentar. O terapeuta empático torna-se capaz de entender que o "paciente céptico" é uma pessoa que se sentiu

"traída" tantas vezes no passado que tenta precaver-se, raivosamente, da perspectiva de frustrações adicionais

A irritação provocada no terapeuta pela descrença ou negativismo aparente do paciente pode ser reduzida por uma compreensão empática de como as expectativas negativas desse paciente o tomaram desconfiado ou niilista. Ao tentar projectar-se no microcosmo do paciente, o terapeuta fica menos propenso a reagir de modo antiterapêutico. Além disso, "experimentando em si mesmo" as atitudes e cognições negativas do paciente, o terapeuta empático pode começar a desenvolver antídotos ou argumentações contrárias àquelas ideias negativas. Na medida em que começa a "penetrar" no mundo do paciente, pode verificar com que precisão se aproxima das visões dele, testando se os sentimentos provocados em si próprio correspondem aos sentimentos do paciente. (Os terapeutas podem aprimorar suas respostas ell1páticas através de vários procedimentos de treinamento, tais como "desempenhar o papel" do paciente numa entrevista simulada).

O terapeuta deve ter o cuidado de não projectar suas próprias atitudes ou expectativas no paciente, distorcendo assim o relato deste. Por exemplo, um paciente

deprimido cuja mãe acabou de morrer pode não estar, necessariamente, triste ou perturbado. Alguns pacientes podem encarar essa morte em termos positivos - como uma fuga de um mundo cruel e rude. O terapeuta deve investigar com cada paciente exactamente como ele reage a tais acontecimentos.

Por outro lado, uma confiança extremada na empatia pode induzir erroneamente o terapeuta a aceitar a veracidade das representações automáticas do paciente sobre si mesmo e o mundo. Se o terapeuta não buscar outros dados não fornecidos espontaneamente pelo paciente, pode começar a acreditar que a visão deste corresponde a uma representação exacta da situação real de sua vida. Assim, deve equilibrar sua compreensão empática através de uma verificação objectiva das introspecções do paciente face a outras fontes de informação, além de testar a lógica envolvida nas inferências e conclusões do paciente.

É importante estabelecer uma distinção clara entre empatia e simpatia. A simpatia se refere mais propriamente a um sentimento de compaixão pelo sofrimento do paciente e a uma atitude de compartilhar activamente dessa dor. Uma resposta excessivamente simpática pode arruinar as tentativas feitas pelo terapeuta para aliviar as fontes da angústia do paciente. A empatia, por outro lado, inclui um componente intelectual (assim como emocional), qual seja, a compreensão da base cognitiva dos sentimentos do paciente; implica também a habilidade de desprender-se dos sentimentos do paciente (que podem incluir a raiva ou a ansiedade, tanto como a tristeza) a fim de preservar a objectividade face a seu problemas. Embora o terapeuta empático possa dar-se conta de como os pensamentos do pa-

ciente levam a um sentimento específico, não precisa compartilhar desse pensamento, se ele for erróneo ou ilógico ou se ele acentuar problemas, ao invés de resolvê-los. Devemos enfatizar, entretanto, o valor da aceitação, por parte do terapeuta, do facto de que os pensamentos, sentimentos e desejos do paciente podem parecer válidos para ele, não devendo o terapeuta ignorá-los, descartá-los, ou tentar "dissuadir o paciente de tê-los".

CONFIANÇA BÁSICA

A autenticidade é um ingrediente importante em todos os tipos de psicoterapia. Um terapeuta autêntico é honesto consigo mesmo, assim como com o paciente. Entretanto, não precisa ser áspero ou abrupto com sua franqueza. Face à tendência do paciente deprimido a ater-se selectivamente ao que é negativo e a extrair provas de suas próprias deficiências, o terapeuta precisa poder mesclar diplomacia com sinceridade. O paciente pode tomar erradamente a franqueza como crítica, hostilidade ou rejeição. Além disso, uma afirmação acentuadamente positiva - ainda que autêntica - pode provocar reacções antiterapêuticas.

Não basta ao terapeuta ser autêntico; ele precisa ter a habilidade de comunicar

essa autenticidade ao paciente; precisa penetrar ou contornar o sistema de distorções do paciente, para apresentar-lhe uma imagem realística de si mesmo. Um terapeuta inexperiente, por exemplo, pode estender-se na tentativa de assegurar ao paciente que ele se recuperará. Essa "promessa" geralmente faz com que o paciente desesperançado encare o terapeuta como insincero, sem compreensão ou tolo. (A maneira mais eficaz de dar segurança provém da demonstração ao paciente de que seus sintomas podem ser revertidos através da correcção de suas ideias irrealistas e de seu comportamento autoderrotista). Da mesma forma, acentuar a dedicação ao paciente pode provocar suspeita ou pensamentos culposos, tais como, "Por que ele afirma se importar tanto comigo?", ou "Não mereço tanta atenção".

A INTERACÇÃO TERAPÊUTICA

Considerados os atributos valiosos do terapeuta, centremo-nos agora no desenvolvimento e manutenção da relação terapêutica. Essa relação envolve tanto o paciente como o terapeuta e se baseia na confiança, no rapport e na cooperação. As terapias cognitivas e behavioristas provavel-

mente requerem a mesma atmosfera terapêutica subtil explicitamente descrita no contexto na terapia psicodinâmica.

CONFIANÇA BÁSICA

A importância da confiança básica na relação terapêutica pode ser bem ilustrada na seguinte descrição, proposta por Chassell (1977):

Um factor de perturbação é introduzido pela existência de confiança básica, pseudoconfiança básica ou desconfiança básica nos pacientes. Pacientes dotados de uma confiança básica genuína tendem a apresentar uma transferência positiva passível de ser trabalhada e favorecedora de progresso, porque desejam ter um objecto bom para auxiliá-los em suas dificuldades e usarão o terapeuta com grande tolerância, desde que ele não contradiga essa imagem de modo muito evidente. Pacientes providos de pseudoconfiança podem apresentar muitos fenómenos tranferenciais intrigantes: enfatizar sua necessidade de dependência, testar os limites da paciência do terapeuta, elevá-lo num pedestal – e, enquanto isso, nutrir sempre suspeitas quanto à sua boa (o grifo é nosso). Paciente com uma desconfiança básica podem perfeitamente não fazer nenhum progresso, até que esse problema tenha sido parcialmente solucionado, e decerto estarão profundamente voltados para quaisquer indícios inconscientes de discrepâncias na atitude do terapeuta, além de atribuir-lhe muitas atitudes que, de facto, não apresenta. Com toda probabilidade, os indivíduos de carácter histérico pertencem ao grupo da pseudoconfiança; estou seguro de que os

obsessivos fazem parte dele. (p. 11).

Na tentativa de desenvolver ou eliciar confiança na relação, o terapeuta cognitivo balanceia cuidadosamente a importância da autonomia (facultar ao paciente a iniciativa de falar, planejar etc.) com a necessidade de estruturação (a directividade do terapeuta, sua iniciativa etc.); importância da confiabilidade e receptividade (ser pontual, atender a telefonemas etc.) com o valor do estabelecimento de limites (decidir não fazer pelo paciente aquilo que ele pode fazer por si mesmo), e o significado de ser uma "pessoa real" (isto é, exibindo qualidades humanas e amistosas) com as características de ser discreto e objectivo. De modo geral, nas fases iniciais do tratamento, o terapeuta tende a dar maior estruturação e a ser mais receptivo e "envolvido" com os problemas do paciente. Na segunda metade do tratamento, incita o paciente a tomar a iniciativa (por exemplo, a planejar a agenda para a entrevista e as tarefas para casa); espera que o paciente faça mais por si mesmo e faz-se menos presente na terapia que em fases anteriores.

Embora tenha importância relativamente pequena no tratamento de perturbações bem delimitadas, como as fobias específicas. O rapport é um ingrediente crucial no tratamento de pacientes depressivos. O termo rapport se refere, em geral, ao acordo harmonioso entre pessoas. Na ralação terapêutica, o rapport consiste de uma combinação de componentes emocionais e intelectuais. Quando se estabelece esse tipo de relação, o paciente percebe o terapeuta como alguém (a) em sintonia com seus sentimentos e atitudes, (b) dotado de simpatia, empatia e compreensão, (c) que o aceita com todos os seus "defeitos". e (d) com quem ele se pode comunicar sem ter que explicar em detalhe seus sentimentos e atitudes ou classificar o que diz. Quando o rapport atinge um nível óptimo, paciente e terapeuta se sentem seguros e razoavelmente à vontade um com o outro. Nenhum se mostra defensivo, excessivamente cauteloso, titubeante ou inibido.

Por "aceitação" não queremos dizer que o terapeuta aprove ou concorde com tudo que o paciente diz, mas sim que se abstém de fazer julgamentos. Isso capacita o paciente a deixar cair sua máscara social e seus fingimentos e fornece a base para uma relação mais autêntica com o terapeuta.

O terapeuta que vivência um sentimento de rapport mostra interesse e cuidado com o paciente. Como o paciente, ele experimenta uma certa liberdade de comunicação. Vive a empatia e sente que ambos estão operando no mesmo diapasão e confia em que pode falar espontaneamente, sem ser mal interpretado.

Naturalmente, a livre expressão de sentimentos pelo paciente facilita ao terapeuta experimentar tanto o rapport quanto a empatia. É muito mais fácil sentir empatia quando o paciente é capaz de comunicar seus sentimentos com clareza do que quando o terapeuta tem que se esforçar para esmiuçar os sentimentos dele. Além de ter o sentimento de ser aceito e compreendido, o paciente vivência o terapeuta como

alguém que deseja e pode ajudá-lo.

É em geral terapeuticamente valioso que o terapeuta expresse, criteriosamente, sentimentos como preocupação, reconhecimento, calor humano e encorajamento. Além disso, é ás vezes terapêutico que admita alguns de seus próprios sentimentos "negativos", tais como desapontamentos, frustrações e irritações. Entretanto, deve ter cautela em relação a quanto de seus próprios sentimentos manifestar diante do paciente deprimido. Precisa dar-se conta de que uma expressão autêntica de sentimentos por sua parte pode ser mal interpretada pelo paciente. Em vista de sua tendência a distorcer ou exagerar, os pacientes deprimidos podem interpretar expressões positivas como insinceras, ou, por outro lado, encará-las como sinais de amor ou investidas sexuais. Da mesma forma, a excessiva revela-

ção de problemas pessoais pelo terapeuta pode alimentar o pessimismo do paciente deprimido: "Ele é muito fraco para me ajudar,"

Não existe qualquer conjunto padronizado de comportamentos para induzir um senso de rapport com o paciente. Alguns tipos de atitude no terapeuta são benéficos para um paciente (p. ex.: um estilo sério, desprendido), enquanto, para outros, o estilo oposto (p. ex.: amistoso, caloroso, extrovertido) pode conduzir melhor ao rapport.

O terapeuta terá um sentimento de que suas observações e comentários atingem ou registram-se no paciente se houver um senso de rapport. O paciente se mostrará relaxado, aberto, comunicativo, gesticulará com a cabeça ou verbalizará sua concordância, e parecerá Interessado, curioso e reflexivo em resposta às afirmações do terapeuta.

O rapport não apenas reflecte, mas também influencia a cooperação terapeuta-paciente. Por exemplo, pode ser usado para reforçar certos comportamentos adaptativos no paciente. Num alto grau de rapport, o paciente tenderá a sofrer maior influência do comportamento do próprio terapeuta (tendendo, portanto, a identificar-se com ele ou a adoptá-lo como modelo). Um sentimento de rapport manterá o paciente motivado para o tratamento, assim como para acatar procedimentos específicos da terapia (por exemplo, fazer O trabalho de casa). O rapport estimula a livre expressão de ideias e sentimentos. As ideias e sentimentos negativos do paciente, que poderiam induzi-lo a abandonar o tratamento, virão à tona mais facilmente se ele experimentar um intenso sentimento de rapport.

De que maneira pode o terapeuta estabelecer ou desenvolver um sentimento de rapport? Muitos dos comportamentos relevantes "vem naturalmente" para alguns terapeutas. É útil cultivar e usar algumas t6cnicas específicas. Uma boa base para estruturar o rapport compreende simples cortesia: não deixar o paciente esperando, lembrar fatos importantes sobre ele e recebê-lo com um cumprimento sinceramente caloroso (mas não efusivo). Manter contacto pela linha do olhar, acompanhar o conteúdo da fala do paciente, tentar inferir e reflectir seus sentimentos e formular com jeito as perguntas e observações ajudam a construir O rapport.

Outros factores que influenciam o rapport incluem a aparência, maneirismos e expressão facial do terapeuta. A atitude de neutralidade amistosa e profissionalismo parece ser a mais aconselhável. O terapeuta deve dosar cuidadosamente a hora de falar e a hora de ouvir. Se fizer interrupções muito frequentes, ou sem tacto, ou de maneira abrupta, o paciente pode sentir-se cortado, e o rapport sofre com isso. Se se permitir silêncios prolongados ou simplesmente deixar que o paciente discorra a esmo sem objectivo aparente, o paciente pode tornar-se excessivamente ansioso, diminuindo o rapport. O uso, pelo terapeuta, de uma entonação suave, agradável e discreta também ajuda. A selecção de palavras e rotulações é impor-

tante (por exemplo, "ideias improdutivas" é preferível a pensamento "neurótico", "doentio" ou "irracionaal").

O próprio padrão ou atitude cognitiva do terapeuta face ao paciente e ao tratamento é importante. Alguns terapeutas ficam frustrados e zangados com os pacientes depressivos ao perceberem-nos como passivos ou "resistentes". Nesses casos, a atitude do terapeuta gera directamente sentimentos negativos e prejudica o rapport.

Inicialmente, o rapport pode ser facilitado pela investigação das expectativas do paciente face à terapia e pela prestação de informações a ele sobre o que esperar durante o processo de tratamento. Por exemplo, aconselhamos o terapeuta a discutir a duração do tratamento, a frequência e duração das sessões, os objectivos de cada passo do tratamento e a possibilidade de "dias ruins" depois de uma melhora.

O terapeuta também pode aumentar o rapport reflectindo para o paciente os sentimentos deste, sob a forma de um resumo sensível, uma analogia ou uma metáfora. Por exemplo, uma paciente que se tinha saído muito bem voltou após uma recaída e expressou pensamentos suicidas.

O terapeuta relembrou-lhe uma frase que ela havia formulado numa sessão anterior: "Posso me sentir como um rato, mas tenho um coração de leão."

Naquele momento, essa frase trouxe de volta os sentimentos e a atitude de que ela precisava para prosseguir em sua luta, ao mesmo tempo em que subtilmente lhe deu crédito por persistir.

A COOPERAÇÃO TERAPÊUTICA

A ELICIAÇÃO DE "DADOS BRUTOS"

Inicialmente, o terapeuta procura engajar o paciente numa aliança de colaboração terapêutica. Em contraste com a terapia "de apoio" ou "relacional", a relação terapêutica não é usada simplesmente como o instrumento para aliviar o sofrimento, mas antes como um veículo para facilitar um esforço comum de atingimento de

objectivos específicos. Nesse sentido, terapeuta e paciente formam um "time". O foco inicial da cooperação é um interesse comum nos pensamentos, sentimentos, desejos e comportamentos do paciente. De modo peculiar, terapeuta e paciente trabalham juntos para determinar como e o quê o paciente pensa, a base desse pensamento e os benefícios ou perdas práticos que resultam de tais pensamentos. A contribuição singular do paciente para esse esforço cooperativo é o fornecimento dos dados brutos para essa investigação - a saber, o relato de seus pensamentos, sentimentos e desejos. A contribuição especial do

terapeuta é orientar o paciente sobre quais informações recolher e como utilizar esses dados terapeuticamente.

Cada passo na progressão do tratamento é usado para desenvolver e aprofundar os aspectos cooperativos da relação. Inicialmente, com a orientação e encorajamento do terapeuta, o paciente aprende a reconhecer e anotar suas interpretações negativas automáticas de suas experiências. A seguir, o time terapeuta-paciente começa a analisar essas informações e a procurar padrões específicos no pensamento automatizado. Que tipo de situações ambientais estimulam pensamentos negativos? Quão certo está o paciente de que esses pensamentos descrevem com exactidão o facto real? Que tipo de erros lógicos comete o paciente ao perceber a si mesmo, ao futuro e ao mundo a seu redor? Por exemplo, estará ele hipergeneralizando a partir de acontecimentos negativos, ao mesmo tempo em que falha selectivamente em atentar para os acontecimentos positivos? Existem temas recorrentes no conteúdo dessas cognições (por exemplo, estaria o paciente continuamente tentando avaliar se é competente ou não, se tem ou não a aprovação de outrem)? A maneira como os pensamentos e crenças do paciente do eliciados e validados ou refutados é crítica na promoção do rapport e da cooperação.

A VALIDAÇÃO DOS DADOS INTROSPECTIVOS

O terapeuta encoraja o paciente a identificar, observar e avaliar seus pensamentos de uma forma objectiva. Os pensamentos (ou cognições) do paciente são encarados como fatos psicológicos que podem reflectir a circunstância ou situação real em grau maior ou menor. Terapeuta e paciente colaboram para determinar em que grau as inferências e, conclusões do paciente correspondem às observações e conclusões de outras pessoas objectivas. Dessa forma, terapeuta e paciente procuram testar as inferências e conclusões deste último. O terapeuta indaga se o paciente está atribuindo significados idiossincráticos a alguns acontecimentos, ou se está fazendo inferências razoáveis.

Frequentemente, essas cognições idiossincráticas depressivas do estereotipadas e contem temas repetitivos, como "Sou incompetente", ou "Nada dá certo jamais". Na medida em que o terapeuta identifica esses temas, ele os traz com muito tacto à

atenção do paciente. Juntos, terapeuta e paciente começam a levantar hipóteses para os tipos de pressuposições que podem estar subjacentes a esses temas (por exemplo, "A menos que eu faça tudo à perfeição, sou um fracasso total,"), Desse modo, o paciente aprende a identificar essas suposições e a considerar se do válidas ou lógicas.

A INVESTIGAÇÃO DAS PRESSUPOSIÇÕES SUBJACENTES

Investigar a validade de pressuposições subjacentes requer um esforço conjunto. O terapeuta pede ao paciente que forneça provas (geralmente da experiência recente) a favor e contra cada pressuposição e crença. Alternativamente, pode pedir-lhe que considere a hipótese de empregar tais suposições com relação a outras pessoas e determinar se estaria aplicando a si mesmo um conjunto especial de normas, que não empregaria com outrem.

Na discussão dessas crenças, é importante que o terapeuta não rotule agressivamente ou descarte prematuramente qualquer dessas crenças, como "obviamente ilógica" ou "claramente ridícula". Pelo contrário, um ponto de vista apresentado com tacto, que seja gentil e empático, mas objectivo e lógico, é o aconselhável.

O PLANEJAMENTO DE EXPERIMENTOS

Um método poderoso através do qual investigar a validade de uma preso suposição específica consiste em delinear um experimento ou tarefa para testar empiricamente a suposição. Como desenvolver esse experimento? Paciente e terapeuta começam de modo muito semelhante a um detective com uma pista por explorar. Primeiramente, especificam a pista ou suposição que desejam testar. Um exemplo seria, "Se eu me afirmar diante de outra pessoa, ela me rejeitará." O terapeuta levanta uma hipótese específica a partir dessa regra geral. A hipótese é formulada em termos operacionais explícitos, podendo terapeuta e paciente projectar um experimento para testar a previsão feita a partir da regra geral.

Para efeito de ilustração, uma hipótese específica derivada da regra geral acima seria, "Se eu disser a minha supervisora que gostaria de tirar um dia de folga porque preciso de descanso, ela vai retrucar dizendo que sou preguiçoso, que fujo de minhas responsabilidades e que sou lamurioso." Paciente e terapeuta podem concluir que um teste dessa hipótese específica consistiria em o paciente realmente falar com a supervisora. Se for assim, o paciente deverá anotar os resultados desse experimento, tanto em termos do que for dito exactamente, como em termos de quais ideias ou inferências O paciente desenvolve a partir do que acontecer. O terapeuta e o paciente

utilizam essas informações para avaliar os resultados do experimento. Consideram diversas interpretações dos resultados. Finalmente, o time compara os resultados reais com as previsões do paciente baseadas na hipótese original.

67

TRABALHOS DE CASA

A maneira como o terapeuta age acerca de cada passo na terapia (por exemplo, anotação de pensamentos automáticos, atribuição de tarefas para casa, testagem da validade de pensamentos e suposições) determina directamente se a cooperação e o rapport aumentam ou diminuem. Inversamente, o grau de colaboração e rapport influem sobre até que ponto o paciente participa de cada uma das etapas ou tarefas do programa terapêutico. O terapeuta pode fortalecer a cooperação terapêutica engajando o paciente na proposição da tarefa para casa. Cada tarefa é apresentada como um experimento - uma oportunidade de descobrir algo novo sobre os assuntos com que o paciente se depara no presente. O terapeuta pode aumentar a cooperação explicando o objectivo e as razões para cada trabalho de casa. Se os pacientes entenderem como tentar desempenhar a tarefa de casa e de que maneira essa tentativa pode ser útil, terão uma probabilidade muito maior de encontrar a motivação para desincumbir-se da tarefa.

A atribuição de trabalhos de casa influencia de modo crítico a cooperação terapêutica. Os pacientes frequentemente encaram O trabalho de casa como um teste de valor pessoal, habilidade pessoal ou motivação, ou podem acreditar que têm que fazer o trabalho com perfeição. O terapeuta procura sentir ou indagar directamente sobre tais latitudes, visto constituírem distorções serem antiterapêuticas. Encoraja activamente os pacientes a compartilharem seus pensamentos e sentimentos sobre a tarefa de casa, tanto antes como depois de ser tentada. Por exemplo, o paciente que executa com sucesso uma pequena tarefa pode encarar esse sucesso como um fracasso, "porque qualquer um poderia fazer isso". Esses tipos de distorções cognitivas devem ser activamente identificados e corrigidos. Da mesma forma que outras cognições, esses pensamentos são examinados e, sempre que necessário, corrigidos. O terapeuta poderia dizer directamente: "A tarefa é tentar fazer o trabalho de casa, e não fazê-lo tão bem quanto você o faria antes de ficar deprimido."

TÉCNICAS TERAPÊUTICAS "NÃO-COOPERATIVAS"

Existem muitas técnicas, como a "intenção paradoxal", que podem ter relevância clínica na depressão. Entretanto, geralmente evitamos tais métodos, se não se encaixarem em nosso enquadre conceitual e terapêutico. Além disso, acreditamos que a modificação das interpretações inadequadas e do comportamento disfuncional devem constituir uma empresa conjunta entre o paciente e o terapeuta. Mais ainda, admitimos que as mudanças duradouras no pensamento e comportamento do paciente

têm maior probabilidade de ser induzidas com sua compreensão, conscientização

o esforço. O objectivo do empreendimento cooperativista toma ainda mais contra-indicado transmitir ao paciente a impressão de que o terapeuta é manipulador ou pratica um "controle do pensamento". Assim, evitamos técnicas que não deixem margem para a tomada de consciência e plena compreensão do paciente para o propósito dos métodos, assim como para sua participação voluntária nos procedimentos usados.

REACÇÕES DE "TRANSFERÊNCIA" E "CONTRATRANSFERÊNCIA "

Com muita frequência os terapeutas encaram os pacientes deprimidos como "deliberadamente" passivos, indecisos e manipulativos. O terapeuta fica frustrado, enquanto o paciente se sente criticado; seu estado pode deteriorar, ou ele pode abandonar o tratamento. Essas interacções são descritas na literatura analítica no contexto das reacções de transferência e contratransferência. O tipo de cooperação terapêutica que descrevemos tende a reduzir esse tipo de problemas e frustrações.

O terapeuta deve olhar de frente as reacções terapêuticas negativas. Ao tentar identificar e corrigir as distorções cognitivas do paciente que contribuem para sua passividade, falta de iniciativa e "oposicionismo", terapeuta e paciente colaboram na tentativa de resolver os próprios problemas que contribuem para suas frustrações mútuas. De facto, o pensamento disfuncional, que conduz à passividade, indecisão, falta de motivação etc., constitui um alvo específico do tratamento (ver Capítulo 7). Como nas outras distorções cognitivas, o terapeuta emprega a lógica e o método empírico para corrigir os erros desse tipo de pensamento.

As reacções transferenciais positivas também podem criar obstáculos ao curso da terapia. O paciente pode ver no terapeuta - um salvador e exagerar seus atributos positivos. Essa avaliaçãoo e expectativas tão elevadas têm que ser discutidas, para que sejam apontadas as distorções positivas.

O terapeuta precisa enfatizar o trabalho conjunto como um meio de solucionar os problemas do paciente, mais do que um fim em si mesmo. A forma terapêutica de lidar com os "problemas transferenciais", tais como a paixão do paciente pelo terapeuta, foi descrita no Capítulo 2.

Alguns aspectos da terapia activa e estruturada podem produzir reacções terapêuticas "negativas". Dependendo da situação, qualquer das técnicas descritas neste capítulo poderia ser interpretada por alguns pacientes como hostil, controladora ou coercitiva. Entretanto, alguns actos têm uma probabilidade especial de ser sentidos como desgastantes por pacientes deprimidos (e por muitos outros). Esses comportamentos incluem as pregações, exigências, ameaças, discussões, enculpamentos, atitudes mora.

listas e interrogatórios. Se o terapeuta, sem qualquer explicação, desvia ou muda o rumo da conversa dos assuntos que o paciente quer discutir, ou se usa de humor para fazer troça do paciente (e não de seus pensamentos), o paciente pode sentir-se manipulado e diminuído.

Várias outras dificuldades podem enfraquecer a natureza cooperativa da relação paciente-terapeuta; duas delas são particularmente comuns com pacientes depressivos. Primeiramente, o terapeuta pode começar a acreditar na visão persistentemente negativa que o paciente tem de si mesmo e de sua situação de vida. Saindo do papel de observador científico, o terapeuta pode "comprar" a construção negativa que o paciente faz da realidade. Ao invés de encarar as interpretações negativas do paciente como hipóteses que requerem testagem empírica, pode começar a supor que essas cognições negativas sejam afirmações precisas dos factos, a serem aceitas sem questionamento. Quando surge esse problema, o terapeuta pode começar a encarar o paciente como um "perdedor nato", ou como alguém inextricavelmente aprisionado numa situação real efectivamente sem saída, ao invés de se dar conta de que o paciente pode estar tão deprimido por sua perspectiva pessimista e por sua visto autocrática, que relata apenas observações negativas e generalizações erróneas. Para manter uma visão objectiva, embora empática, o terapeuta deve lembrar-se de que as visões negativas do paciente são apenas cognições e crenças, isto é, devem ser testadas para efeito de confirmação ou refutação.

Uma fonte de ruptura da cooperação terapêutica pode ocorrer nos estágios finais da terapia, se o paciente abandonar sua objectividade em relação a suas cognições negativistas. Por exemplo, o paciente pode experimentar novos desapontamentos ou frustrações devido a ocorrências traumáticas no meio circundante. Se isso acontecer, pode ver-se inundado por uma torrente de cognições negativas, que automaticamente considerará válidas, sem submetê-las a qualquer exame adicional. Consequentemente, tenderá a experimentar crescente depressão e abandono. Essa exacerbação sintomática pode levá-lo a decidir que a terapia cognitiva é ineficaz e/ou que ele é incurável. Pode também sentir-se desiludido de seu terapeuta. Qualquer dessas visões pode levar o paciente a parar de cooperar com o terapeuta, a recusar-se a cumprir tarefas, faltar a sessões ou sair da terapia. Essa reacção pode conduzir a uma folie à deux, se o terapeuta aceitar, sem questionamento, as interpretações do paciente quanto à relação terapêutica e a seu próprio progresso na terapia. Se o paciente começa a faltar às sessões,

aconselha-se ao terapeuta entrar em contacto com ele e esclarecer as ideias que estão rompendo a colaboração terapêutica.

Na prática, constata-se que são comuns algumas recaídas sintomáticas durante o tratamento, Ao início do tratamento, o terapeuta deve informar ao paciente que são esperáveis algumas flutuações negativas. Tais exacerbações fornecem ao paciente uma

oportunidade valiosa para empregar as técnicas e habilidades por ele aprendidas na terapia. Além disso, "mantém-no na prática" de lidar com os problemas que ocorrerão inevitavelmente após o término do tratamento.

capítulo 4

ESTRUTURA DA ENTREVISTA TERAPÊUTICA

RECONHECER O "PARADIGMA PESSOAL" DO PACIENTE

O terapeuta deve ter em mente vários princípios específicos durante o tratamento. A visão pessoal de mundo do paciente e suas ideias e crenças negativas lhe parecem razoáveis e plausíveis, ainda que se afigurem exageradas para o terapeuta. O paciente acredita seriamente e de modo consistente, em suas convicções de que é carente, defeituoso, inútil, indigno de amor etc. Na realidade, essa consistência interna é frequentemente mantida apesar de notáveis e repetidas provas externas contraditórias àquelas crenças. As crenças geralmente se organizam num sistema semelhante ao que Kuhn (1962) descreveu como "paradigma" científico. As observações e interpretações da realidade feitas pelo paciente são moldadas por esse quadro conceitual. Como no caso de mudança das crenças científicas, o paradigma pessoal pode ser abalado e modificado quando o indivíduo está preparado para reconhecer uma anomalia não explicável pelo paradigma, ou perceber evidências que mostrem que ele não pode ser confirmado.

De modo geral, entretanto, o paciente não dá atenção ao significado dos factos que poderiam refutar sua visão depressiva, ou não o assimila. Aceitando-se as ideias do paciente como subjectivamente válidas para ele em seu estágio actual, essas ideias de fato passam a ter validade objectiva,

problema que poderá ser explorado mais adiante. O paciente geralmente apresenta suas ideias negativas ao início do tratamento. À medida que o terapeuta começa a elicitar as razões pelas quais tem essas ideias, descobrem-se usualmente duas fontes de informações. Primeiramente, o paciente expõe suas visões acerca de factos específicos do passado, que acredita consubstanciarem suas ideias negativas. Em segundo lugar, pode interpretar um ou mais factos do presente como provas que apoiam tais ideias. A terapia focaliza predominantemente os acontecimentos actuais, visto que o paciente pode recolher dados recentes sobre os factos e anotar suas interpretações dos acontecimentos correntes (suas cognições). As falsas interpretações de acontecimentos presentes são mais facilmente corrigíveis, uma vez que as comprovações empíricas podem ser extraídas de observações e rememorações mais recentes e, por isso mesmo, mais confiáveis que na correcção cognitiva de

acontecimentos do passado. Entretanto, alguns pacientes parecem impermeáveis a informações novas, que possam contradizer suas pré-conceituações.

O exemplo que se segue ilustra como uma paciente inicia o tratamento com um autoconceito negativo firmemente estabelecido, que se reflecte em suas interpretações de acontecimentos tanto do passado como do presente. Algumas evidências que refutavam essa visão negativa foram apresentadas na primeira sessão do tratamento, A paciente descobriu razões para invalidar essas provas. Depois de várias sessões, começou a duvidar dessa autopercepção e a trazer voluntariamente novas evidências que contradiziam sua auto-imagem negativa. Uma testagem subsequente dessa visão (por exemplo, o comparecimento a reuniões sociais) forneceu dados adicionais, que a paciente utilizou para construir uma auto-imagem mais realista.

Uma mãe deprimida de cinco filhos descreveu-se como incompetente e obtusa. Acreditava que as seguintes provas apoiavam fortemente sua convicção de ser pouco inteligente: seu medo de prestar um exame final, que tinha resultado em sua impossibilidade de colar grau na universidade; o facto de não ter uma carreira profissional como a de seu marido, que era médico; e problemas recentes na escola com dois de seus filhos adolescentes (o que a levava a encarar-se como uma mãe incompetente).

Na primeira sessão do tratamento, o terapeuta tentou contrariar prematuramente sua autopercepção negativa. Informou à paciente que seu quociente de inteligência, baseado em testes psicológicos recentes, era 135. Ela imediatamente apresentou várias razões que invalidavam o resultado do teste como sendo exageradamente alto.

Várias sessões mais tarde, voluntariamente relatou diversos aspectos de sua vida que não mencionara anteriormente: tinha sido uma estudante de nível A em todo o curso médio; era modelo registrada; seu marido a considerava mais inteligente que ele; tinha tido aulas de vôo, tinha expe-

riência como actriz e modelo, era fotógrafa amadora e, em várias reuniões sociais recentes, tinha ouvido dizer que outras pessoas (reitores de universidades, médicos etc.) a consideravam atraente e muito interessante, e não insípida e maçante como presumira.

Assim, embora a autoconceituação dessa paciente como sendo pouco inteligente não tivesse qualquer validade externa, o conceito tinha coerência interna significativa (para a paciente) até bem depois do início do tratamento; a "validade" interna de suas crenças se mostrava coerente com suas outras ideias sobre si mesma, suas observações e suas recordações mais vivas. Inicialmente, o terapeuta procurou compreender a base para essas conceituações falsas aparentes; acatou a crença da paciente em sua própria visão e não tentou rejeitar ou descartar suas ideias como tolas. (De facto, um ataque a seu paradigma pessoal provavelmente teria resultado em confusão e numa possível ruptura nos métodos da paciente para organizar e interpretar a realidade). A validade objectiva de suas crenças negativistas foi testada a partir da

reunião de dados adicionais de sua história passada, anteriormente não lembrados e relatados, e pela "realização de um experimento" para reunir informações sobre sua auto-avaliação errónea.

Se as informações contraditórias forem apresentadas cedo demais (por exemplo, relato prematuro do quociente de inteligência no caso citado), o paciente pode descartar ou distorcer esses dados. O terapeuta se descobrirá desempenhando o papel do adversário, e não o do colaborador ou orientador. Ao que parece, somente após sentirem que tiveram a oportunidade de "expor seu caso" e que foram compreendidos é que os pacientes estarão prontos a considerar dados contraditórios a sua visão e a testar a validade externa de suas crenças.

EVITAR A "ROTULAÇÃO" DO PACIENTE E OS JUÍZOS DE VALOR

Recomendamos ao terapeuta encarar seu paciente como uma pessoa com problemas e déficits específicos, ou que tem algumas crenças irracionais, ao invés de vê-lo como uma pessoa irracional ou de carácter falho. Nesse sentido, convém evitar o uso do jargão profissional na rotulação do paciente (por exemplo, passivo-agressivo, masoquista, neurótico, histérico). Essa rotulação pejorativa afecta a atitude do terapeuta e do próprio paciente face ao paciente. Implica também que este último é intrinsecamente defeituoso e relativamente imutável. Além disso, tais atitudes negativas globais impedem a concentração e delineamento de problemas específicos, assim como as prescrições de soluções apropriadas. Na realidade, os pacientes deprimidos são geralmente competentes em muitas áreas de funcionamento e

numa ampla variedade de situações; sua habilidade na resolução de problemas tende a falhar cm condições extremamente específicas.

O pensamento negativista crónico nos pacientes depressivos pode facilmente converter-se em fonte de irritação para o terapeuta, que pode sentir-se tentado a censurá-los por seus "relatos de sintomas crónicos" ou por sua "falta de vontade". Esses pacientes são frequentemente classificados pelos outros, inclusive os terapeutas, como queixosos crónicos, basicamente passivos, superdependentes e resistentes. Tais construções negativas podem induzir o terapeuta a criticar o paciente por não "cooperar na terapia" ou por continuar a expressar ideias negativistas. Quando o terapeuta se frustra, provavelmente é por não ser suficientemente objectivo face às cognições e crenças negativas do paciente, a ponto de compreender como o comportamento dele é perfeitamente coerente com seu pensamento distorcido.

É preferível supor que, sendo-lhe facultada uma escolha livre, o paciente optaria por ser menos desamparado, mais independente e menos passivo (se conseguisse acreditar na possibilidade dessas escolhas). Quando o paciente não tenta desempenhar uma tarefa dada, falta a uma sessão ou deprecia sua capacidade, o terapeuta habilidoso procura as cognições ou atitudes que respondem por esse comportamento regressivo.

Cabe ao terapeuta encarar as cognições negativas como um componente típico da depressão, e não como um atributo inerente ao paciente.

EVITAR A ATRIBUIÇÃO DO COMPORTAMENTO AUTODERROTISTA A "DESEJOS INCONSCIENTES"

O terapeuta deve evitar as tentativas de explicar o comportamento autoderrotista do paciente com base cm "desejos infantis". Na terapia cognitiva, o terapeuta admite que o factor predominante na determinação do comportamento seja a visão que o paciente tem de si mesmo, de sua situação de vida e de suas expectativas para o futuro. Teorias como a psicanálise clássica admitem que, uma vez que o paciente perceba os desejos inconscientes supostamente subjacentes a seu comportamento oposicionista e autoderrotista, optará por estratégias mais adaptativas de lidar com as situações. Entretanto, quando confrontados com uma interpretação motivacional de seu comportamento (por exemplo, que estão procurando satisfazer desejos de amamentação, vingança, aprovação etc.), os pacientes geralmente usam esse insight" para confirmar sua visão negativista de si mesmos como pessoas "más" ou "sem valor", sentindo-se, consequentemente, mais deprimidos.

AJUSTAR O NÍVEL DE ACTIVIDADE E ESTRUTURAÇÃO ÀS NECESSIDADES DO PACIENTE

A maioria dos pacientes deprimidos tem dificuldade de concentração e de manutenção da atenção. Como consequência, são frequentemente incapazes de definir problemas e menos ainda de solucioná-los. Como resultado disso, sentem-se desamparados e oprimidos pelos problemas, onde quer que apareçam. Devido a seu aparelho cognitivo negativista, são propensos a interpretar os silêncios na terapia como rejeições, ou um contrato terapêutico de prazo indefinido como prova de que jamais melhorarão. Tendem a "descobrir" provas, no comportamento ou forma de tratamento do terapeuta, de que são falhos, indignos de afecto e insignificantes. Por essas razões, uma entrevista não estruturada constitui um terreno livre para suas fantasias negativistas.

O terapeuta cognitivo é mais activo e emprega mais iniciativa do que o que pratica formas tradicionais de psicoterapia. O terapeuta cognitivo toma a dianteira para guiar o paciente na discussão das áreas identificadas como alvo de trabalho terapêutico. Essa estratégia contrasta com as abordagens mais não-directivas, nas quais se deixa ao paciente a tarefa de seleccionar a agenda da sessão, enquanto o terapeuta simplesmente ouve ou devolve ao paciente o que ele diz. O terapeuta cognitivo funciona como um co-experimentador, um guia, ou um educador no estilo socrático. Nesse sentido, tende a direccional o fluxo da conversa e a atenção do paciente para alvos específicos.

O terapeuta cognitivo tende a ser mais activo nas fases iniciais da terapia. Dosa seu grau de actividade conforme a necessidade aparente de estruturação do paciente. Não é incomum às pessoas gravemente deprimidas serem capazes de responder perguntas com apenas uma ou duas palavras, ou com uma única frase. Com esses pacientes o terapeuta é muito activo - tão activo quanto nas intervenções em crise - a fim de energizar o paciente e sacudi-lo de seu estado desesperado. As observações curtas, simples, directas e concretas são as mais eficazes; mais ainda, o terapeuta busca eliciar respostas concretas e específicas a suas perguntas.

Quando a depressão se abranda, torna-se menos activo que no início. Espera e estimula o paciente a tomar a dianteira em seu tratamento; por exemplo, pode esperar que o paciente identifique um tema nas cognições que expõe, ou que tende identificar os pressupostos silenciosos que operam numa situação específica. Entretanto, em comparação com outras terapias, o terapeuta cognitivo continua muito activo, tomando muitas veles a iniciativa, mesmo nos estágios finais do tratamento.

Naturalmente, mesmo o mais activo terapeuta cognitivo deixa que transcorram intervalos razoáveis após suas perguntas ou comentários, para permitir ao paciente organizar seus próprios pensamentos e formular uma

resposta. Conforme sua experiência com cada paciente, o terapeuta deve julgar se cada intervalo é excessivamente curto ou longo. Os pacientes deprimidos podem tornar-se confusos e necessitar de orientação adicional do terapeuta para responderem, caso o intervalo se torne longo demais. Por outro lado, o paciente problematizado requer tempo para organizar e articular suas respostas a uma pergunta.

O grau de actividade e estruturação por parte do terapeuta exige uma sensibilidade única para as necessidades e reacções do paciente. Nenhum outro aspecto da terapia cognitiva traz tantos riscos e requer tanta habilidade. A actividade e a directividade podem ser exercidas em excesso ou de modo insuficiente. Os pacientes deprimidos geralmente se sentem seguros com um certo grau de estruturação e actividade. Por exemplo, a pessoa deprimida pode pensar: "O terapeuta fala comigo, logo, ele deve gostar de mim." Além disso, as trocas terapêuticas estruturadas e focalizadas tendem a auxiliar nas dificuldades de concentração e atenção experimentadas pelos pacientes mais gravemente deprimidos. Por outro lado, se o terapeuta for demasiado activo e directivo, o paciente pode pensar que ele é manipulador e que está realmente interessado no que o paciente sente ou deseja; pode então concluir que o terapeuta está mais interessado em testar suas técnicas do que em auxiliá-lo.

Assim, as distorções cognitivas podem influir no modo como o paciente interpreta a relação terapêutica. O terapeuta activo experiente investiga a visão do paciente sobre a terapia e procura corrigir e esclarecer essa visão com ele a intervalos regulares.

EMPREGAR AS PERGUNTAS COMO RECURSO TERAPÊUTICO FUNDAMENTAL

Ao longo de toda esta monografia, observaremos que as verbalizações do terapeuta são preponderantemente estruturadas sob a forma de perguntas. A utilização de perguntas se presta a uma grande variedade de práticas merentes à terapia cognitiva. Na verdade, uma única pergunta pode simultaneamente atrair a atenção do paciente para uma área em particular, avaliar suas reacções a esse novo objecto de investigação, obter informações directas acerca desse problema, gerar métodos para a resolução de problemas anteriormente encarados como insolúveis e, finalmente, levantar dúvidas na mente do paciente acerca de conclusões distorcidas anteriores.

Os objectivos das perguntas podem ser resumidos da seguinte maneira:

1. Obter importantes informações diagnóstica, biográficas e relativas às circunstâncias.
2. Formar uma ideia geral da natureza do problema psicológico do paciente.

3. Adquirir uma visão global da situação de vida actual do paciente, seus factores tensionantes específicos e seu sistema de apoio social.
4. Aquilatar os mecanismos do paciente para lidar com as situações, sua tolerância à tensão, nível funcional e capacidade de introspecção e auto-objectividade.
5. Traduzir queixas vagas e abstractas em problemas distintos, mais concretos.

Por exemplo, uma paciente apontou como sua queixa principal "Não sei para onde estou indo." Anteriormente, ela fora diagnosticada como tendo uma "depressão existencial", porque falava em termos de não possuir um senso de identidade e não estar segura de seu papel. O terapeuta indagou. "Com que problema específico você tem estado lutando?". Ela respondeu: "Meu problema é que não consigo decidir se fico em casa como dona-de-casa, ou se volto à escola e começo a estudar Direito."

6. Dar início ao processo de tomada de decisões através da investigação de várias abordagens alternativas para um mesmo problema.
7. Tornar o paciente capaz de optar por uma alternativa específica. Uma abordagem possível é pesar os prós e contras de cada opção e começar então a eliminar aquilo que for menos desejável.
8. Estimular o paciente a examinar as consequências de seu comportamento não-adaptativo: perguntando, por exemplo. "o que é que você tem a ganhar ficando na cama?"
9. Aquilatar o valor do comportamento mais adaptativo: "O que você tem a perder? Quais são as vantagens de correr o risco de reprovação dizendo o que você pensa? Quais são as desvantagens?"
10. Investigar as cognições específicas do paciente associadas a afectos

desagradáveis ou comportamento disfuncional.

11. Determinar o significado atribuído pelo paciente a uma situação ou conjunto particular de circunstância.

12. Induzir o paciente a examinar os critérios para suas auto-avaliações negativas (por exemplo, insignificante, fraco, incompetente).

O terapeuta levanta uma série de questões, como as seguintes: Como você define menos-valia? Que características ou acções eu deveria observar para reconhecer a menos-valia em outra pessoa? Quais dessas se aplicam a você? Com base em quê você considera outras pessoas sem valor? Será que você emprega um padrão - um padrão muito severo - em relação a você mesmo e um padrão mais ameno para com os outros?

Da mesma forma, o paciente poderia ser solicitado a listar seus critérios para a "menos-valia" e, a seguir, indagado quanto a satisfazer a qualquer desses critérios.

Esse tipo de questionamento muitas vezes permite ao paciente reconhecer a natureza arbitrária de suas auto-avaliações e sua falta de congruência com qualquer definição de bom senso dos termos negativos que implica a si próprio.

13. Demonstrar ao paciente sua tomada selectiva de sugestões negativistas no processo de formação de inferências. Esse tipo de problema conceitual pode ser ilustrado com o seguinte exemplo: uma paciente deprimida estava desgostosa consigo mesma por que tinha desobedecido a uma proibição de comer doces quando estava em dieta.

PACIENTE: Não tenho nenhum autocontrole.
TERAPEUTA: Com base em quê você diz isso?
P: Uma pessoa me ofereceu um doce e não conseguir recusar.
T: Você estava comendo doces todos os dias?
P: Não, só comi dessa vez.
T: Você fez alguma coisa construtiva na semana passada para respeitar sua dieta?
P: Bem, não cedi à tentação de comprar doces todas as vezes que os vi na loja… Também não comi nenhum doce, excepto naquela vez em que me foi oferecendo e senti que não podia recusar.
T: Se você comparasse o número de vezes em que se controlou com o número de vezes em que cedeu, que proporção encontraria?
P: Cerca de 100 para 1.
T: então, se você se controla 100 vezes e não se controla uma única vez, isso seria um sinal de que é completamente fraca?
P: Acho que não – não completamente (sorri).

14. Ilustrar o pendor do paciente a negar ou desvalorizar indiscriminadamente as experiências positivas:

PACIENTE: Realmente não tenho feito nenhum progresso na terapia.
TERAPEUTA: Você não teve que melhorar para sair do hospital e voltar à faculdade?
P: Que há de tão importante em ir à faculdade todos os dias?
T: Por que você diz isso?
P: É fácil aquelas aulas porque todas as pessoas são sadias.
T: E na época em que você esteve em terapia de grupo no hospital? Que é que sentia?
P: Acho que naquela época eu pensava que era fácil estar com as outras pessoas porque elas eram todas tão malucas quanto eu.
T: Não seria possível que todas as vezes em que você consegue alguma coisa, tende a desacreditá-la?

15. Abrir e explorar determinadas áreas de problemas que o paciente havia fechado anteriormente.

A pessoa deprimida tem uma visível tendência a fechar-se prematuramente em relação a certos assuntos. Muitas vezes, fecha uma questão cedo demais porque suas conclusões, ditadas por seu padrão de pensamento predominante, lhe parecem extremamente plausíveis. Por outro lado, pode pensar: "Essa é uma ideia idiota ou neurótica, portanto não vou pensar mais nisso"; infelizmente, a crença errónea persiste e influencia continuamente suas reacções.

USAR PERGUNTAS EM VEZ DE CONTESTAÇÕES E DOUTRINAÇÃO

Uma série de perguntas cuidadosamente formuladas, colocadas no momento certo, pode ajudar o paciente a isolar e considerar com exactidão um tema, decisão ou ideia específicos. A sequência de perguntas pode ampliar os pensamentos do paciente acerca de um assunto específico, permitindo-lhe assim considerar outras informações e experiências - presentes ou passadas. A curiosidade do paciente pode ser excitada por uma suo cessão de perguntas. Suas visões afirmadas de modo aparentemente rígido transformam-se em hipóteses provisórias. Dessa forma, as perguntas são utilizadas para liberar os pensamentos depressivos reprimidos.

É importante tentar descobrir do paciente o que ele pensa, ao invés de dizer-lhe o que o terapeuta supõe que ele esteja pensando. Com muita frequência, as respostas do paciente são bastante diferentes do que o terapeuta poderia esperar.

O exemplo abaixo ilustra como o terapeuta usou uma série de perguntas para abrir a mente do paciente acerca de um comportamento autoderrotista (permanecer na cama o dia inteiro). O terapeuta enfatizou a importância prática do sentir-se melhor e tentou ajudar o paciente a reflectir realisticamente sobre a utilidade de voltar para a

cama depois da sessão.

TERAPEUTA: Qual é a probabilidade de que você volte para a cama quando sair do consultório?
PACIENTE: Cerca de 100%.
T: Por que vai voltar para a cama?
P: Porque eu quero.
T: Qual é a razão de você querer?
P: Porque vou-me sentir melhor.
T: Por quanto tempo?
P: Alguns minutos.
T: E o que vai acontecer depois disso?
P: Suponho que vou-me sentir pior outra vez.
T: Como é que você sabe?
P: Porque isso acontece todas as vezes.

T: Você tem certeza disso?... Houve vezes em que ficar na cama o fez sentir-se melhor por um período de tempo?
P: Penso que não.
T: Você verificou se não ceder à pressão de voltar para a cama o ajudou de alguma forma?
P: Acho que, quando me torno activo, sinto-me melhor.
T: Agora, voltando a seu desejo de voltar para a cama. Quais são as razões para ir para a cama?
P: Para que eu me sinta melhor.
T: Que outras razões tem para ir para a cama?
P: Bem, teoricamente, sei que vou-me sentir pior mais tarde.
T: Portanto, existem razões para não voltar para a cama e fazer alguma coisa construtiva?
P: Eu sei que quando me ocupo com coisas, sinto-me melhor.
T: Por que isso?
P: Porque desvia minha mente de como me sinto mal e consigo me concentrar em outras coisas.

O terapeuta pediu então ao paciente que avaliasse suas motivações. A essa altura, seu desejo de voltar para a cama tinha caído de 100% para 5% e sua motivação para realizar a actividade preestabelecida em sua tabela tinha aumentado de 0% para 50%.

Observe-se que todas as manifestações verbais do terapeuta foram na forma de perguntas. Observe-se também que o terapeuta persistiu em levar o paciente a expressar ambos os lados da argumentação e até mesmo a desafiar a validade das razões para dedicar-se a uma actividade construtiva. O Capítulo 10 cita um exemplo

no qual o terapeuta confiou exclusivamente em perguntas para extrair as razões de uma decisão de cometer suicídio, testando, a seguir, a lógica dessa decisão.

Temos observado, em muitas ocasiões, que o paciente tende a repetir o tipo de conversa descrito anteriormente sob a forma de um diálogo interno. Alguns pacientes fazem isso espontaneamente e podem até "ouvir" a voz do terapeuta, Na verdade, alguns chegam até mesmo a ter uma imagem visual do terapeuta falando com eles. Outros precisam ser treinados para estabelecer o diálogo interior. Têm que ser "aquecidos" através de um ensaio cognitivo para se formularem o tipo de questões citadas no fragmento de sessão descrito. Devem também ser encorajados a escrever o diálogo interno ou ditá-lo para um gravador, para poder ouvi-lo mais tarde.

As perguntas constituem um instrumento importante e poderoso para identificar, considerar e corrigir cognições e crenças. Do mesmo modo que outros instrumentos poderosos, podem ser mal utilizadas ou inabilmente empregadas. O paciente pode sentir que está sendo interrogado ou atacado, se as perguntas forem usadas como uma "armadilha" para levá-lo a contradizer-se. Além disso, as perguntas intermináveis às vezes deixam o

paciente na posição defensiva de tentar adivinhar o que o terapeuta "espera" como resposta, As perguntas devem ser cuidadosamente formuladas e dosadas no tempo, para ajudar o paciente a reconhecer e examinar suas ideias reflexivamente - pesando seus pensamentos com objectividade.

USAR O HUMOR CRITERIOSAMENTE

O humor e a hipérbole podem ser ferramentas úteis para alguns terapeutas cognitivos. Recentemente, certo número de autores enfatizou a importância do humor em outras formas de psicoterapia (Greenwald, 1973).

O humor é particularmente útil se for espontâneo, se permitir ao paciente observar suas ideias e opiniões objectivamente, e se for apresentado de tal forma que o paciente não pense que está lendo diminuído ou ridicularizado.

O terapeuta pode muitas vezes usar um exemplo hipotético para exagerar uma posição particular tomada pelo paciente. O exagero frequentemente enfatiza quão pouco razoável ou inadequado é seu pensamento. Ele pode tornar-se capaz de rir construtivamente dos aspectos incongruentes de suas crenças,

O humor também faculta ao terapeuta abalar ou relaxar os sistemas de crença do paciente, sem atacar directamente uma crença específica, De modo indirecto, o terapeuta pode levantar dúvidas sobre as afirmações do paciente, sem ter que destruir com argumentos cada elemento específico de comprovação ou refutação de uma dada opinião. Dessa forma, o terapeuta pode usar o humor para produzir dissonância cognitiva e, como consequência, colocar o paciente no rastro de explicações alternativas potenciais ou de ideias que possam ser mais adaptativas.

Mais uma vez, cabe aqui um alerta. Antes de mais nada, alguns terapeutas simplesmente não têm um senso de humor espontâneo. Da mesma forma que com muitas outras técnicas terapêuticas, nem todos os terapeutas estão preparados para utilizar o humor. Em segundo lugar, mesmo que o paciente aparentemente ria ou sorria, é importante determinar se interpretou a observação jocosa de uma forma negativa. Assim, as distorções interpretativas potenciais devem ser buscadas e corrigidas. Em terceiro lugar, deve estar claro para o terapeuta que o alvo de seu humor são os pensamentos ou ideias do paciente - e não o próprio paciente. Além disso, uma considerável dose de avaliação é necessária para discriminar quais pensamentos são alvos apropriados para essa frivolidade terapêutica. Alguns pacientes têm tal convicção da validade de determinadas ideias que fazer piada desses pensamentos pode ser perturbador e enfraquecer a relação terapêutica.

PREPARAR O PACIENTE PARA A TERAPIA COGNITIVA

Dois elementos são importantes na condução da terapia cognitiva. (1) O paciente deve conhecer a natureza e a base racional do tratamento cognitivo. (2) O paciente deve estar preparado para lidar com flutuações em seu nível de depressão durante o tratamento.

Base racional: O terapeuta prepara cada paciente para a terapia cognitiva durante a maior parte da primeira e parte da segunda sessão terapêutica. Expõe cuidadosamente o planejamento geral e a base racional do tratamento cognitivo. A seguir, discute as definições e exemplos de cognições ou de "pensamentos automáticos". Por exemplo, durante a primeira sessão, o terapeuta descreve a relação entre pensamentos e sentimentos. Muitas vezes o paciente poderá compreender essa relação se o terapeuta se valer de um exemplo. No parágrafo abaixo, um terapeuta descreve como ilustrou para um paciente a ideia de que o pensamento influencia os sentimentos:

TERAPEUTA: A maneira como as pessoas interpretam os factos determina como se sentem sobre as coisas. Por exemplo, recentemente, uma de minhas pacientes, que terminou com sucesso o tratamento, falou-me sobre os pensamentos que tinha antes de cada sessão, enquanto estava na sala de espera. Quando eu me atrasava, mesmo por alguns minutos, ela pensava comigo mesma: "Ele não quer me ver", e se sentia triste. Quando eu me adiantava, ela pensava pura si mesma: "Realmente devo estar-me saindo muito mal, já que ele está gastando um tempo extra para me ajudar", com o quê se sentia ansiosa. Se eu estivesse rigorosamente no horário, ela dizia a si própria: "Ele realmente parece ter uma fábrica. Sou apenas um número para ele." E se sentia irritada. Como você pode ver, não importa quando eu

começasse a sessão (cedo, na hora ou atrasado), essa paciente pensava negativamente sobre a terapia e se sentia mal sobre si mesma ou sobre o tratamento. Ela pode perceber a ligação entre seus pensamentos negativistas e seus sentimentos desagradáveis. Depois que aprendeu a detectar e relatar seus pensamentos, deu-se tonta de que aqueles pensamentos negativos eram irreais. Em ocasião posterior, quando estava tendo esse tipo de ideias e experimentando sentimentos desagradáveis na sala de espera, começou a corrigir essas interpretações negativas. Na medida em que corrigiu suas interpretações arbitrárias, seus sentimentos negativos desapareceram.

O terapeuta pode explicar a abordagem cognitiva a pacientes sofisticados da seguinte maneira:

Quando as pessoas deprimidas consideram suas experiências, são geralmente atraídas para os significados mais negativos que podem ser atribuídos àqueles

acontecimentos. Quando isso ocorre, o pensamento negativo é sentido como realista pelo paciente. Quanto mais crível for esse pensamento negativo, tanto mais o paciente se sentirá perturbado.

Ao longo de todo o tratamento, o terapeuta concentra-se de forma reiterada na ligação entre sentimento e pensamento. Se o paciente diz, "Sinto-me péssimo", o terapeuta cognitivo pergunta. "Em que é que você está pensando?". Se o paciente relata um acontecimento recente em suas tarefas de casa e registra sentimentos associados tais como "terrível" ou "deprimido", o terapeuta indaga sobre que pensamento, antecederam imediatamente os sentimentos desagradáveis. Alternativamente, pode perguntar o que significa aquele acontecimento para o paciente. Novamente, se um paciente, sentindo-se desesperado e dolorosamente sofrido, telefona para o terapeuta, este pude usar essa conversa telefónica para ajudá-lo a identificar pensamentos automáticos perturbadores: "Quais são seus pensamentos neste momento?". A preparação do paciente para a abordagem cognitiva na primeira entrevista é discutida mais pormenorizadamente no capítulo seguinte.

Em nossas pesquisas sobre a terapia cognitiva da depressão, adoptamos o seguinte procedimento: depois que o terapeuta discute a base racional da terapia cognitiva, e após explicar os processos de tratamento, fornece ao paciente um folheto, Coping with Depression (Beck e Greenberg, 1974), que contém material impresso de natureza semelhante. O terapeuta solícita ao paciente que leia o folheto, assinale as partes sobre as quais deseje fazer perguntas ou que sejam particularmente pertinentes a seu caso, e que faça anotações no folheto. Essa sugestão pode constituir a primeira tarefa a ser feita em casa. As respostas do paciente a esse folheto são examinadas na

segunda sessão terapêutica.

Essa abordagem genérica de fornecer explicações claras para cada passo do tratamento e cada tarefa de casa é mantida ao longo de toda a terapia. O terapeuta procura tornar o tratamento tio compreensível e confiável quanto possível, para que o paciente possa participar activamente na identificação de seus problemas e ajudar a desenvolver estratégias de abordagem de cada uma dessas dificuldades. Como consequência, o paciente aprende os princípios gerais da identificação e resolução de problemas.

Iniciamos, recentemente, o teste piloto do um "video-tape" destinado a explicar aos pacientes a lógica o as bases da terapia cognitiva. Essa técnica de "socialização para a terapia" mostrou fazer decrescer o indica de interrupção prematura do tratamento e aumentar a resposta à terapia em pacientes psicologicamente ingénuos ou da classe sócio-económica inferior (para um exume detido, ver Rush e Watkins, 1977). Os pacientes também se beneficiam da observação de video-tapes de suas entrevistas. Mostram-

se capazes de reconhecer as conexões entre suas ideias verbalizadas e suas reacções emocionais subsequentes.

Flutuações no Sintomas e Recaídas. Nas primeiras entrevistas, é importante que o terapeuta investigue as expectativas do paciente em relação ao tratamento. Alguns pacientes esperam uma cura milagrosa e tendem a experimentar um agudo desapontamento quando isso não ocorre. Outros, como resultado da combinação de seu pessimismo patológico e de tentativas anteriores malsucedidas em terapia, podem acreditar que a terapia não pode produzir nenhum tipo de tratamento duradouro. Em consequência de tais expectativas, esses indivíduos ficam predispostos a interpretar qualquer intensificação de seus sintomas ou problemas de uma forma negativa.

Por essas razões, é importante que o terapeuta frise que o curso natural de depressão tem altos e baixos. Um paciente pode experimentar uma queda acentuada de seu nível de disposição depois de ter tido vários "dias bons", Além disso, muitos não experimentam nenhum alívio significativo de seus sintomas por várias semanas. É importante que o terapeuta informe ao paciente que, embora haja uma expectativa razoável de melhora, ambos devem estar preparados para a exacerbação de sintomas e intensificação de problemas.

Como será exposto no Capítulo 13, o terapeuta deve fazer ver ao paciente que um aumento na sintomatologia ou nos problemas externos, ou uma recaída durante ou após o tratamento, pode fornecer uma oportunidade excelente para que terapeuta e paciente apontem os factores específicos que levaram a essas pioras. Temos constatado, frequentemente, que uma piora aparente dessa natureza é, de facto, uma vantagem, na medida em que constitui uma poderosa experiência de aprendizagem

para o paciente no emprego de estratégias para lidar com a totalidade da experiência. É desejável, portanto, que se prepare o paciente para esperar por essas flutuações, bem como que ele seja motivado a, tentar usar essas ocorrências a serviço de seu próprio fortalecimento.

FORMULAR UM PLANO TERAPÊUTICO PARA CADA SESSÃO

Os objectivos principais da terapia cognitiva incluem (a) alívio razoavelmente rápido dos sintomas da síndrome depressiva e (b) prevenção da recorrência. Essas metas são implementadas treinando-se o paciente a (a) aprender a identificar e modificar seu pensamento impreciso e seu comportamento disfuncional e (b) reconhecer e modificar os padrões cognitivos que levam à ideação e aos comportamentos disfuncionais. O terapeuta delineia e explica esses objectivos na primeira sessão do tratamento. O alívio dos sinto. mas de depressão compreende também um aumento dos sentimentos de bem-estar e satisfação. Quando exposto a pacientes deprimidos, esse objecti-

vo pode ser rejeitado com argumentos do tipo "Não posso me sentir feliz até que meu namorado volte". Em tais casos, o terapeuta response directamente a esse tipo de opinião: "Quer seu namorado volte ou não, você por certo não quer continuar a sentir-se mal como se sente", ou "Talvez você se torne mais capaz de trazê-lo de volta se estabelecer para si mesma o objectivo de superar sua depressão".

Esse foco nas técnicas de resolução de problemas merece ênfase especial. Embora o objectivo inicial genérico seja o alívio de sintomas, os passos para obtenção desse alívio consistem na definição e solucionamento de problemas. Dessa forma, o paciente aprende a avaliar os problemas de modo lógico e a empregar de modo coerente uma das várias técnicas para resolvê-los. Assim, a ênfase se dá na aprendizagem ou exercício de uma técnica ou habilidade, mais do que na neutralização do sofrimento. Uma formulação análoga a esta é encontrada no tratamento behaviorista da obesidade, no qual o objectivo geral é a perda de peso. O terapeuta focaliza os comportamentos e atitudes que fazem descrever a ingestão de alimentos, e não a perda de peso propriamente dita. Esses comportamentos construtivos são habilidades concretas, que resultam finalmente não apenas na redução de peso, mas também num controle duradouro dele.

No mesmo sentido, o objectivo a curto prazo do alívio dos sintomas depressivos é alcançado através de uma série de sessões ou passos dirigidos à definição de problemas-alvo e destinada a estabelecer habilidades concretamente definidas. O desenvolvimento dessas habilidades consiste em aprender a: (a) avaliar situações pessoalmente relevantes de modo realista, (b) atentar para todas (e não apenas tendenciosas) selecções de informações disponíveis sobre essas situações específicas; (c) produzir explicações alternativas sobre o resultado das interacções e (d) testar

pressupostos inadaptativos através de um comportamento diferente. criando assim oportunidades para o desenvolvimento de um repertório mais variado no relacionamento com outras pessoas e na resolução de problemas.

O objectivo a longo prazo da terapia cognitiva depende de facilitar o amadurecimento, o que inclui um refinamento das habilidades de correcção de distorções cognitivas (e, portanto, um teste da realidade) e a incorporação de atitudes mais razoáveis e adaptativas. Além disso, a maturação inclui o desenvolvimento de métodos mais eficazes para gerir ou ajustar-se a circunstâncias difíceis ou complexas do meio e para lidar com sentimentos desagradáveis, além do refinamento das habilidades interpessoais.

ESTABELECER A AGENDA AO INÍCIO DA SESSÃO

O terapeuta funciona como um guia experiente, que fornece um plano, um mapa e as ferramentas. Entretanto, deve assegurar-se de que o paciente está

pronto a seguir o planejamento e deseja fazê-lo. Assim, terapeuta e paciente propõem tópicos para a agenda de cada sessão terapêutica, ao início de cada encontro, a importante que a agenda inclua um breve resumo das experiências do paciente desde a última sessão, assim como "feedback" sobre suas várias tarefas. Ambos devem então concordar sobre os objectivos específicos da sessão. Os tópicos específicos devem ser formulados em termos concretos e precisos, para focalizar a atenção do paciente na tarefa por executar. Por exemplo, o terapeuta poderia dizer, "O primeiro item que temos em nossa lista é rever os pensamentos automáticos que você reuniu e demonstrar como raciocinar com eles".

A agenda específica para a entrevista depende de vários factores. Obviamente, um dos factores consiste no estágio da terapia e no progresso do paciente até ali. Por exemplo, o paciente já aprendeu a monitorar e anotar cognições inadaptativas, a formular respostas razoáveis, a identificar e corrigir os erros lógicos específicos em seu pensamento etc.?

Um segundo factor importante que influencia os itens da agenda diz respeito aos problemas mais conflitivos para o paciente no momento actual. Um terceiro factor consiste na gravidade geral da depressão. Tendemos a utilizar tarefas e apontamentos de orientação mais marcantemente behaviorista com pessoas portadoras de depressões mais graves. À medida que a depressão diminui, são utilizadas tarefas de orientação mais cognitiva, que requerem raciocínio mais abstracto.

Outro factor diz respeito aos itens que permaneceram na agenda desde a sessão terapêutica anterior. Alternativamente, o paciente pode ter tido uma reacção retardada ao encontro anterior. O terapeuta deve indagar se sentimentos ou preocupações adicionais se seguiram à sessão anterior e, caso afirmativo, esse material passa a fazer parte da agenda da sessão actual.

Finalmente, o terapeuta deve estar alerta para a "agenda oculta" do paciente, que pode consistir de tópicos que ele reluta em discutir e que, na realidade, pode mencionar voluntariamente apenas muito perto do final da sessão, quando é tarde demais para discutir esses assuntos.

É de importância crítica que o terapeuta não se prenda a uma sequência predeterminada de definição e abordagem de problemas ou estabelecimento de objectivos, a ponto de ignorar falos actuais importantes. Obviamente, uma crise aguda deve superar outros assuntos na agenda. O terapeuta pode frequentemente determinar os tópicos importantes examinando o Registro Diário de Pensamentos Disfuncionais ou o resumo de actividades anotadas pelo paciente em seu caderno de notas. Existe algum tema recorrente ligando esses pensamentos um ao outro (por exemplo, assumir a responsabilidade pelo bem-estar de todas as outras pessoas)? São a preocupação suicida ou o sentimento de desamparo temas dominantes?

Havendo considerado esses vários factores, o terapeuta ajuda o paciente a elaborar uma agenda para o encontro. Inicialmente, procura discrimi-

nar e definir os diversos tópicos. A seguir, ambos chegam a um consenso acerca da prioridade dos assuntos. O terapeuta pode então começar a reflectir sobre que estratégias devem ser usadas na abordagem dos problemas específicos e discutir essas estratégias propostas com o paciente. Em vista da necessidade de adaptar a técnica ao paciente, é geralmente desejável que este tome a decisão final a respeito da técnica a ser empregada (por exemplo, representação de papéis, imaginação induzida ou refutação de pensamentos automáticos).

Em resumo, a formulação da terapia consiste no preparo de uma agenda com o paciente a cada sessão, habitualmente no início da sessão. Os itens remanescentes de sessões anteriores são colocados na agenda para a sessão seguinte. As metas de cada sessão terapêutica são explicitamente formuladas ao início de cada encontro: selecção dos problemas a serem examinados (ver Capítulos 5-8) e de uma ou mais técnicas através das quais é possível abordar os alvos. Uma vez que a terapia cognitiva tem duração limitada, o terapeuta deve usar criteriosamente o tempo destinado a cada sessão. A formulação de uma agenda para cada encontro ajuda o terapeuta e o paciente a distribuírem o tempo de forma racional.

FORMULAR E TESTAR HIPÓTESE CONCRETAS

É de importância crítica que se construa um modelo - esquema - que se ajuste a cada paciente em particular. Com base nas respostas do paciente a perguntas específicas, o terapeuta pode levantar diversas hipóteses. Os dados são extraídos por uma sequência lógica de perguntas (a) para testar hipóteses, (b) para modificar hipóteses, (c) para abandonar hipóteses, ou (d) para derivar novas hipóteses. Quando o terapeuta se sentir razoávelmente seguro acerca de suas hipóteses, deverá "testá-las" no paciente. Ele

obtém a opinião do paciente acerca da "justeza" da hipótese em questão e trabalha com ele para modificá-la, a fim de aprimorar sua aplicabilidade às circunstâncias individuais do cliente. Essas hipóteses são subsequentemente testadas pelo paciente em sua vida cotidiana, como se estivesse desenvolvendo um experimento específico.

Quando o terapeuta formula uma pergunta ou tece um comentário, deve baseá-lo num raciocínio definido, derivado do enquadre da terapia cognitiva, e formulá-lo de modo a extrair informações concretas. Constatamos que as perguntas específicas ajudam mais claramente a delinear a área de problema do paciente. Perguntas genéricas, abstractas ou vagas frequentemente produzem respostas igualmente vagas, distanciadas dos dados "crus" das cognições. Além disso, frases vagas tendem a confundir ou conturbar o paciente, sendo mais facilmente interpretadas por ele de modo negativo. Por exemplo, se o terapeuta quer indagar acerca da ideação do

paciente, deve formular perguntas como "Em que você está pensando neste momento?", ou "Como você se sente?". Perguntas directas específicas facilitam respostas directas específicas. Um comentário do tipo "Eu me pergunto em que você tem estado pensando" tem menor probabilidade de eliciar cognições específicas do que uma pergunta mais concreta, tal como, "Tente lembrar exactamente que palavras ou imagens acorreram a sua mente no momento daquele acontecimento".

Baseado no relato do paciente sobre seus pensamentos, o terapeuta tende a desenvolver anotações especificas sobre como se encaixam as interpretações falsas, os erros lógicos e: as pressuposições básicas do paciente. No momento adequado, verifica essas hipóteses compartilhando-as com o cliente.

Por exemplo, o paciente pode relatar pensamentos automáticos contínuos acerca de os outros gostarem dele ou não. O terapeuta poderia apresentar hipóteses tais como:

Você gasta uma grande quantidade de tempo tentando adivinhar como cada pessoa que encontra se sente a seu respeito. Grande parte de sua atenção para as situações do meio circundante parece concentrar-se em saber se você é ou não uma pessoa passível de ser querida. Mesmo factos que tenham pouca ou nenhuma relação com essa pergunta – tais como a maneira como se porta o funcionário que marca os preços no supermercado – são interpretados por você como pertinentes à questão de se ou não uma pessoa digna de afecto. Esta observação lhe parece ajustar-se aos factos?

Esse tipo de indagação é essencial para instruir o paciente a considerar as hipóteses formuladas pelo terapeuta. Dessa forma, fortalece-se a cooperação entre ambos. Ademais, na medida em que o terapeuta formula tais hipóteses, ajuda também o paciente a encarar seus pensamentos com uma série de ocorrências psicológicas que consistem de sua própria construção pessoal da realidade, não sendo necessariamente uma representação verdadeira dela.

No exemplo citado, o terapeuta poderia enquadrar da seguinte maneira suas

hipóteses e os testes delas:

Hipótese 1: "Sua resposta automática a qualquer encontro com outra pessoa é 'Ele gosta de mim, ele não gosta de mim'", Teste: "Observe com que frequência você se indaga sobre as reacções das outras pessoas a você".

Hipótese 2: "Como você está deprimido, a maior parte de suas expectativas e interpretações será negativa", Teste: "Marque no seu contador de pulso o número de expectativas e interpretações negativas",

Hipótese 3: "Você é propenso a ver respostas avaliativas (especialmente negativas) nas reacções das outras pessoas, quando não existe nenhuma informação para fazer um juízo, ou quando não há razão alguma para

que elas tenham qualquer reacção a você". Teste: "Após cada encontro, pergunte a você mesmo: '(a) Senti-me ferido ou rejeitado com o encontro?', '(b) Existe alguma prova de que a outra pessoa chegou sequer a notar-me?', '(c) Se ele/ela não me viu, existe alguma prova de que sua reacção foi qualquer coisa que não neutra?'".

Observação: É essencial que o terapeuta tenha em mente que suas hipóteses são simplesmente conjecturas formalizadas, e não factos ou informações. Os dados consistem nas observações introspectivas e nos relatos do paciente, acrescidos dos resultados dos testes "experimentais".

Se as hipóteses forem confirmadas, estará preparado o terreno para a formulação das pressuposições subjacentes ("silenciosas") do paciente, a serem discutidas em estágios posteriores da terapia. Alguns dos pressupostos subjacentes do exemplo citado poderiam ser: (1) "É crucial para minha felicidade ser benquisto por todos", (2) "Meu valor como pessoa depende de como os outros me encaram". Essas "pressuposições" postuladas requerem testagem, assim como quaisquer outros constructos psicológicos inferidos.

EXTRAIR FEEDBACK DO PACIENTE

A colaboração terapeuta-paciente normalmente envolve um esforço conjunto para identificar e avaliar cognições, desenvolver hipóteses e realizar "experimentos". Ao longo de todas essas trocas verbais, o terapeuta deve observar activamente as reacções do paciente a seu comportamento verbal e não-verbal. Esse feedback é, particularmente importante na terapia com pessoas deprimidas é um ingrediente fundamental para aumentar a aliança terapêutica. Além disso, o mecanismo de feedback deve encorajar o paciente a expressar, nas sessões, suas percepções e sentimentos sobre a terapia, as tarefas de casa ou o terapeuta. O terapeuta dá início a esse procedimento no começo da terapia, solicitando ao paciente que manifeste seus sentimentos e avaliação da sessão em curso, da sessão anterior, das tarefas de casa etc. Os pacientes deprimidos frequentemente relutam em "falar directamente" ao terapeuta, por medo de serem rejeitados ou criticados, ou de cometerem erros. Assim,

podem concordar com uma formulação simplesmente por submissão. Por isso, cabe ao terapeuta fazer um esforço adicional para eliciar os sentimentos ou desejos relativos à submissão (ansiedade acerca da rejeição, desejo de agradar) no paciente.

O "feedback" é particularmente importante dado que muitos pacientes interpretam mal as observações ou perguntas dos terapeutas, Por exemplo, após as explicações acerca de suas auto-avaliações negativas, uma paciente - quase em prantos disse, "Cheguei aqui sentindo-me deprimida. Agora, você está me dizendo que meus pensamentos não prestam, também".

Apenas com o feedback pode o terapeuta avaliar se ele e o paciente estão operando no mesmo "comprimento de onda" e corrigir as más interpretações do cliente sobre seu comportamento ou suas técnicas.

O padrão para extrair esse tipo de feedback do paciente deve ser estabelecido na primeira sessão. Seguindo-se à explicação introdutória dos métodos da terapia cognitiva, o terapeuta indaga como o paciente reage ao que ele disse. Deve encorajar o cliente a continuar a dar informações sobre reacções discordantes ao longo de todas as sessões do tratamento.

Na primeira sessão, o terapeuta pode dizer:

Agora que discutimos suas emoções e pensamentos negativos, é importante saber que o mesmo tipo de reacções negativas pode ocorrer na própria terapia. Posso dizer ou fazer alguma coisa que você sinta como contundente, rejeitante ou insultuosa. Sua percepção pode ser exacta ou não. A única maneira de descobrir e verificar sua percepção comigo. Não tenho maneira alguma de saber se você experimenta esse tipo de pensamento ou sentimento, portanto você precisará dizer-me. Como poderá ver, esses relatos são extremamente valiosos para nos dar informações que ajudarão a terapia. Na verdade, esses relatos são muitas vezes o material mais valioso que obtemos no tratamento. Próximo ao final de cada sessão, vamos verificar suas reacções à entrevista e é importante que você me diga qualquer coisa que o tenha perturbado ou confundido, ou quaisquer sentimentos negativos ou desagradáveis que tenha experimentado.

Muitas pessoas deprimidas têm uma relutância especial em expressar suas percepções negativas do terapeuta. Podem pensar, "Se eu reclamar, ele não vai gostar de mim ou pode desistir do meu caso". Por essa razão, é inicialmente responsabilidade do terapeuta solicitar o feedback. Depois de algum tempo, o paciente pode começar a manifestar voluntariamente suas reacções negativas, sem ser perguntado ou incitado pelo terapeuta. De modo geral, os tipos de mal-entendidos, respostas exageradas ou distorções relatadas pelo paciente em relação a outras pessoas têm paralelo em suas reacções ao terapeuta.

Algumas respostas cognitivas típicas expressas pelos pacientes em relação ao

terapeuta incluem:

1. "Você não gosta de mim".
2. "Sou seu pior paciente".
3. "Você não pode me fazer melhorar".
4. "Você quer se livrar de mim".
5. "Você não quer ouvir meus problemas".
6. "Você vai-me hospitalizar, me dar tratamento de choque etc.".
7. "Estou aborrecendo você".
8. "Você não me compreende".
9. "Você está mais interessado em experimentar suas técnicas do que em mim".

10. "Você age como se soubesse melhor o que eu sinto do que eu mesmo".
11. "Você está sempre tentando colocar palavras na minha boca".

No início da sessão, é útil solicitar feedback sobre a última tarefa para casa e sobre a sessão terapêutica anterior. Por exemplo, "Você tem alguma opinião sobre a tarefa de casa?", ou "Você provavelmente pensou a respeito da última sessão que tivemos. Quais foram suas reacções?". Além disso, é importante buscar feedback, próximo ao final de cada sessão, sobre a própria sessão, Por exemplo, "Você tem alguma opinião ou sentimento sobre esta sessão até agora?", "Você se sente melhor ou pior do que quando começamos?".

O terapeuta deve atentar cuidadosamente para o comportamento não-verbal (por exemplo, uma mudança acentuada na expressão facial, lágrimas ameaçando brotar, alteração na modulação da voz etc.) como formas de feedback. Ao observar tais reacções não-verbais, pode indagar, com jeito, "O que estava acorrendo à sua mente agora há pouco?". Quando os pensamentos negativos automáticos são eliciados durante a sessão terapêutica, são tratados como cognições reunidas como trabalho de casa. O terapeuta gentilmente indaga sobre os estímulos que evocaram tais respostas e, possivelmente, sobre as provas ou observações que apoiam as cognições relatadas, Se forem observados erros cognitivos específicos (por exemplo, inferência arbitrária, hipergeneralização, desatenção selectiva etc.), eles podem tornar-se o foco da discussão. O terapeuta deve acautelar-se contra corrigir ou tranquilizar prematuramente o paciente. Em geral, é terapêutico orientar o paciente na reconstituição do modo como chegou à sua distorção cognitiva.

Algumas vezes, certos pacientes fazem observações ásperas sobre o comportamento antiterapêutico do terapeuta. Um paciente pode dizer, por exemplo, "Sinto que você fala demais e não me dá oportunidade de dizer o que vai na minha mente". O terapeuta deve estar preparado para admitir que é falível como qualquer outro ser humano e poderia retrucar com uma resposta como. "Outros pacientes fizeram essa observação. Se você achar que estou falando demais, gostaria que me

interrompesse ou me fizesse um sinal com a mão". Esse tipo de arranjo não apenas facilita a relação de trabalho, mas constitui-se também num estímulo para que o paciente se afirme - um antídoto eficaz contra a depressão.

FORNECER E ENCORAJAR OS RESUMOS BREVES

Temos verificado que é imensamente útil que o terapeuta faça observações resumidas em momentos apropriados ao longo de toda a entrevista. Da

mesma forma, é desejável solicitar ao paciente resumos sucintos do que acredita que o terapeuta venha tentando comunicar-lhe. Se empregados sistematicamente ao longo da entrevista, esses procedimentos ajudam a assegurar que o paciente e o terapeuta estão no mesmo "diapasão", auxiliando ainda o paciente a focalizar problemas concretos.

Na entrevista inicial, por exemplo, o terapeuta resume os vários temas extraídos das descrições do paciente sobre seus problemas e sintomas e indaga se sua recapitulação é precisa e completa. Algumas vezes, nas entrevistas terapêuticas de estágios mais avançados, o terapeuta pode parafrasear ou rever rapidamente as verbalizações do paciente com observações preliminares, do tipo "O que ouço você dizer é…", ou "Você parece estar-me dizendo…". Quando em dúvida quanto ao conteúdo exacto do material verbal, pode perguntar, "Estou certo em supor que...?". Em cada um dos casos, o terapeuta aguarda a confirmação, revisão ou rejeição de sua síntese pelo paciente antes de seguir adiante.

Procuramos também determinar quão bem o paciente compreende as explicações ou sugestões do terapeuta. Em momentos específicos da entrevista, o terapeuta pode levantar questões do tipo, "Para assegurar que entendemos um ao outro, gostaria que você me dissesse, com suas próprias palavras, o que venho falando". À medida que a terapia progride, o paciente deve assumir uma responsabilidade maior pela síntese do conteúdo da discussão. A versão do paciente sobre o que foi discutido muitas vezes difere acentuadamente da do terapeuta!

Na prática, o terapeuta usa resumos breves ao menos três vezes na entrevista terapêutica padrão: (1) Ao preparar a agenda, revê os pontos principais que ele e o paciente crêem que devam ser discutidos durante a entrevista; (2) aproximadamente na metade da entrevista, recapitula o material tratado até aquele ponto; (3) próximo ao final da sessão, apresenta um breve resumo final dos pontos principais da entrevista - ou solicita ao paciente que o faça.

Temos verificado que os pacientes geralmente respondem de modo favorável à eliciação de feedback e à apresentação de resumos breves. Muitos têm comentado que esses procedimentos fazem com que se sintam mais próximos do terapeuta. Na análise de entrevistas gravadas em vídeo-tape, temos provas concretas de que o desenvolvimento da empatia e calor humano é facilitado por essas técnicas.

UTILIZAR OUTROS SIGNIFICATIVOS

Existem provas consideráveis de que o entrosamento com um parente ou amigo pode aumentar o impacto terapêutico de uma entrevista. O terapeuta precisa julgar em que ponto seria útil envolver uma outra pessoa, como

um cônjuge ou amigo íntimo. A menos que exista alguma contra-indicação óbvia, o outro significativo deve ser entrevistado imediatamente após a entrevista inicial com o paciente. Esse procedimento permite ao terapeuta obter informações adicionais vitais a respeito dos sintomas, nível de funcionamento, ameaças de suicídio do paciente etc. Constitui também uma oportunidade de explicar o raciocínio que embasa os procedimentos terapêuticos e as tarefas de casa, para que o outro significativo possa reforçar o regime terapêutico. Além disso, ao assegurar a aliança com o parente ou amigo, o terapeuta pode ajudar a neutralizar alguns de seus comportamentos antiterapêuticos (por exemplo, supersolicitude, sugestões contraproducentes, repreensões etc.). Finalmente, a entrevista com o outro significativo fornece dados sobre a forma como as tensões entre aquela pessoa e o paciente podem ter contribuído para a instalação ou a continuidade da depressão. Essa informação pode sugerir a validade de se propor uma "terapia do casal".

Em algumas circunstâncias, por exemplo, com pacientes idosos ou adolescentes, um paraprofissional treinado pode ser utilizado para ajudar a implementar o programa terapêutico completo. Esse terapeuta auxiliar pode dar assistência não apenas na execução de tarefas comportamentais, mas também ajudando o paciente a identificar cognições negativas e formular respostas razoáveis a elas.

USAR TÉCNICAS DE RECURSOS AUXILIARES

O terapeuta pode valer-se de uma variedade de recursos para reforçar e ampliar o impacto da entrevista terapêutica. Para o paciente, é muitas vezes útil ouvir uma fita gravada da entrevista imediatamente após a sessão. A menos que haja alguma contra-indicação, o paciente deve ser encorajado a ouvir as entrevistas gravadas, entre as sessões. Muitos pacientes descobrem que assistir a gravações de suas sessões em vídeo-tape é útil na correcção de algumas de suas percepções distorcidas sobre si mesmos, assim como na dramatização de algum de seus comportamentos inadaptativos.

Também temos empregado fitas gravadas e vídeo-tapes especialmente destinados a ilustrar as técnicas terapêuticas e demonstrar ao paciente como aprender algumas dessas técnicas; por exemplo, reconhecer e responder a "pensamentos automáticos" negativos.

capítulo 5

A ENTREVISTA INICIAL

COMEÇANDO A ENTREVISTA INICIAL

Temos constatado, em nossa experiência, que a terapia começa com o primeiro contacto com o paciente - seja por telefone ou no consultório do terapeuta. Como se acha delineado nos Capítulos 2 e 3, o terapeuta procura estabelecer uma relação pessoal relaxada com o paciente, sem, ao mesmo tempo, obscurecer artificialmente as dificuldades óbvias de seus papéis: O facto de que o paciente é um indivíduo em sofrimento que procura a ajuda de um especialista. O estabelecimento da relação de trabalho, a colecta de informações importantes e o emprego de técnicas cognitivas específicas podem ser harmoniosamente reunidos na construção da primeira entrevista.

Muitos terapeutas consideram proveitoso começar a entrevista com uma pergunta do tipo "Como você se sente ao ver um terapeuta?", ou "Como você se sentiu a respeito de vir aqui hoje?". Muitos pacientes respondem com expressões de ansiedade ou pessimismo. Se for assim, o terapeuta pode gentilmente extrair alguns dos pensamentos automáticos por trás desses sentimentos desagradáveis, com perguntas como, "Você se lembra do que estava pensando enquanto esperava por mim ou quando estava vindo para meu consultório? ", ou ainda, "0 que você esperava que fosse acontecer quando chegasse aqui?". Pelo simples compartilhar dessas expectativas com o terapeuta, o paciente pode colocar-se mais à vontade numa relação colaboradora.

O diálogo abaixo ilustra uma forma de abrir a entrevista inicial:

TERAPEUTA: Como você se sentiu a respeito de vir aqui hoje?
PACIENTE: Senti-me muito nervoso.

T: Teve alguma ideia particular a meu respeito ou acerca da terapia antes de entrar aqui?
P: Estava nervoso porque achei que você ia pensar que eu não era adequado para esse tipo de terapia.
T: Teve algum outro sentimento ou ideia?
P: Bem, para dizer a verdade, estava-me sentindo meio desesperançado – já estive em tantos terapeutas e minhas depressões contienuam voltando…
T: Agora que tivemos uma oportunidade de falar, você ainda pensa que vou rejeitá-lo como paciente?
P: Não ser… Vai?
T: Não, é claro que não, mas quero que você observe que este é um exemplo de como

suas expectativas lhes causaram ansiedade… Agora que você sabe que sua expectativa estava errada, como se sente?
P: Bem, não me sinto nervoso, mas ainda tenho um sentimento horrível de que você não vai poder ajudar-me.
T: Bem, talvez possamos voltar a esse sentimento pessimista mais tarde e ver se você ainda acredita nele. De qualquer forma, penso que você já expôs algo muito valioso, ou seja, que suas ideias negativas levam a sentimentos desagradáveis – no seu caso, ansiedade e tristeza… Como se sente agora?
P: (mais relaxado): Melhor, eu acho.
T: O.K… Agora, você poderia dizer-me em poucas palavras em que você gostaria de receber ajuda?

Esse tipo de troca atende a diversos propósitos: (a) Ajuda a pôr o paciente à vontade, estimula um contacto terapêutico relativamente informal e facilita o trabalho terapêutico. (b) Fornece ao terapeuta informações acerca das expectativas do paciente acerca de um novo fracasso na terapia. (c) Representa uma oportunidade de assinalar a relação entre cognição e afecto. (d) A melhora imediata dos sentimentos desagradáveis do paciente serve como incentivo para que ele identifique e corrija suas distorções cognitivas.

EXTRAINDO INFORMAÇÕES ESSENCIAIS

É importante observar que a entrevista habilidosa não apenas extrai informações essenciais sobre (a) o diagnóstico do paciente, (b) sua história passada, (c) situação actual de vida, (d) problemas psicológicos, (e) atitudes a respeito do tratamento e (f) motivação para o tratamento, mas também serve para dar ao paciente alguma objectividade acerca de seu distúrbio específico. Com frequência, essa objectividade é, em si mesma, bastante reconfortante.

Em nosso próprio grupo de pesquisas, procuramos obster tantas informações de auto-relato quanto possível antes da entrevista, a fim de reduzir a quantidade de tempo necessária para uma avaliação clínica. Os questionários fornecem dados demográficos e biográficos e informações acerca de sintomas, doenças anteriores, contactos prévios com profissionais e organizações de saúde e tratamento anterior. Uma das ferramentas terapêuticas úteis é o Inventário de Depressão (Beck, 1967; Beck, 1978), que não apenas fornece uma rápida avaliação da gravidade do distúrbio, mas pode também apontar para alguns sintomas (tais como desejos suicidas), que requereriam intervenção imediata. Além disso, os diversos itens no Inventário de Depressão fornecem dados importantes acerca do pensamento negativo do indivíduo, o que traz uma orientação natural para alguns dos problemas centrais do paciente (por exemplo, suas expectativas de que tudo sairá mal, sua visão de si mesmo como um fracasso, sua

crença de que é incapaz de fazer qualquer coisa sem ajuda, ou seus desejos suicidas). Da mesma forma, a Escala de Desesperança (Beck, Weissman, Lester e Trexter, (1974) contém muitos itens que podem servir como portas de acesso às visões negativistas do paciente sobre seu futuro.

Quase todas as respostas às indagações terapêuticas fornecem uma mistura de informações essenciais sobre a ideação do paciente e a conexão entre seu pensamento negativista e suas emoções desagradáveis. A "socialização para a terapia" é importante e já foi descrita no capítulo anterior. Embora muitos pacientes tenham completo conhecimento do enquadre conceitual da terapia cognitiva, quase todos requerem demonstrações e exemplos pertinentes a seus próprios problemas, a fim de conseguir uma boa compreensão desta abordagem.

Em alguns casos, especialmente naqueles em que o paciente tem grande dificuldade em expressar-se ou desconhece o esquema básico da terapia cognitiva, é muitas vezes útil apresentar algumas instruções introdutórias e material informativo acerca da terapia cognitiva e da depressão. Esse material ajuda a moldar as expectativas dos pacientes e a fornecer um esboço geral do tratamento. O seguinte raciocínio específico da terapia cognitiva é geralmente suficiente para esses objectivos. Na realidade, pode não ser necessário entrar em tantos detalhes:

Em nossas sessões, tremos inicialmente assinalar algumas das dificuldades e problemas que você vem tendo e usar técnicas que, esperamos, irão resolver essas dificuldades. Será importante descobrirmos como você reage a situações específicas em sua vida e que efeito têm essas reacções em seus sentimentos.

Observando cuidadosamente suas reacções, teremos uma ideia mais claras sobre qual o melhor maneira de ajudá-lo. Poderemos então examinar novas formas de lidar com a tensão, especialmente formas que possam ser usadas para prevenir depressões futuras. Muitos dos procedimentos se tornarão mais claros à medida que os utilizarmos. Você gostaria de fazer alguma pergunta antes de prosseguirmos?

Em nossas pesquisas sobre a terapia cognitiva da depressão, temos seguido este procedimento: Depois que o terapeuta discute a orientação racional da terapia cognitiva e explica os processos do tratamento, dá ao paciente o folheto Coping with depression, que contém material impresso de natureza semelhante. O terapeuta solicita ao paciente que leia o folheto, sublinhe as partes sobre as quais gostaria de fazer perguntas ou que sejam especialmente pertinentes a ele, e faça anotações no folheto. Essa sugestão pode constituir-se na primeira tarefa para casa. As respostas do paciente a esse folheto serão posteriormente examinadas na segunda sessão terapêutica.

Essa abordagem geral que fornece explicações claras para cada passo do tratamento e cada tarefa para casa - é mantida ao longo de toda a terapia. O terapeuta busca tornar o tratamento tão compreensível e digno de crédito quanto possível, a fim

de que o paciente possa participar activamente na identificação de seus problemas e ajudar a desenvolver estratégias de abordagem para cada uma dessas dificuldades. Como consequência, o paciente aprende os princípios gerais da identificação e resolução de problemas.

Começamos, recentemente, a desenvolver um teste piloto de um vídeo-tape destinado a explicar aos pacientes o fundamento lógico e a base do tratamento cognitivo. Essa técnica de socialização para a terapia mostrou levar a um decréscimo da interrupção prematura do tratamento e aumentar as respostas à terapia em pacientes psicologicamente ingénuos ou de classe socio-económica inferior.

Observação: O volume de informação que pode ser obtido do paciente é praticamente infinito, mas o volume de tempo e o número de perguntas que podem ser formuladas é finito. Devido a restrições de ordem prática, o terapeuta é forçado a utilizar ao máximo um volume limitado de informações. Assim, é essencial que o terapeuta procure tornar significativa cada pergunta. Isso equivale a dizer que a totalidade do quadro em que se

origina o distúrbio pode não emergir ao longo de varias entrevistas. Entretanto, é essencial que os problemas cruciais, particularmente quando o paciente se mostra gravemente perturbado, sejam delineados bem cedo na primeira sessão e que seja apresentado ao paciente um planejamento provisório do tratamento. Além disso, através da combinação cuidadosa de perguntas elicidoras de informações e das observações do terapeuta, espera-se que o paciente possa sentir se melhor ao final da procura sessão. Isto é particularmente importante no caso de pacientes suicidas, que podem resolver cometer suicídio antes da data marcada para a sessão seguinte, caso se sintam desencorajados ao final da entrevista. Seja como for, é aconselhável reservar pelo menos uma hora a uma hora e meia para a entrevista inicial.

INFORMAÇÃO DIAGNÓSTICA

É evidente que o terapeuta deve realizar uma avaliação diagnóstica completa do paciente, a menos que um trabalho diagnóstico extremamente completo tenha sido efectuado antes do encaminhamento. Entretanto, mesmo nesses casos, o terapeuta deve formular questões dirigidas à confirmação do diagnóstico e estar alerta para os sinais não-verbais indicativos de um diagnóstico ou tipo de psicopatologia específico. No tratamento das depressões, o terapeuta deve ter uma sólida base de conhecimento e experiência no reconhecimento das muitas "faces" da depressão. Deve estar alerta, por exemplo, para a "depressão sorridente", doenças orgânicas mascaradas como depressão e depressões mascaradas como doenças orgânicas (Beck, 1967). Muitos desses dados podem emergir de uma anamnese bem feita.

As perguntas não devem ser formuladas no estilo straccato dos interrogatórios de fogo rápido, usados nos exames psiquiátricos do estado mental em muitas instituições.

Perguntas relacionadas a formas de sintomatologia particular também podem envolver alusões a tensões ambientais específicas, para que o terapeuta obtenha informações sobre a situação de vida do paciente e sobre o contexto social de seu distúrbio psicológico. Exemplificando, o diálogo abaixo revela uma grande quantidade de informações acerca do tipo de sintomas, dos factores participantes e também da situação de vida do paciente:

TERAPEUTA: Você pode me falar sobre algumas das emoções que parecem perturbá-lo?
PACIENTE: Estou realmente deprimido… Tenho que escrever um ensaio na faculdade… Acordo cedo e me arrasto o dia inteiro e não consigo começar a trabalhar…

O terapeuta faz uma pausa até que tenha obtido o volume óptimo de informações em resposta a sua pergunta, antes de passar à pergunta seguinte.

T: De que nível é esse ensaio?
P: É do meu curso de pós-graduação em arqueologia.
T: Que outros sintomas desagradáveis você tem?
P: Fico nervoso toda vez que tenho que convidar uma garota para um encontro. Esse é um grande problema.
T: Você já esteve casado alguma vez?
P: Não, mas eu estava vivendo com uma garota… Nós rompemos há três meses.
T: Houve alguma ligação entre o rompimento e o desenvolvimento da sua depressão?
P: acho que sim. Fiquei tão transformado que voltei a viver os meus pais… Na realidade, detesto morar com eles.

Como se pode observar, uma boa quantidade de informação foi reunida acerca dos sintomas, nível educacional, tensões e situação familiar do paciente. Observe-se também que, ao fazer uma pausa após a resposta inicial a uma pergunta, o terapeuta pôde obter informações adicionais. O paciente sentiu, pelo silêncio do terapeuta, que uma elaboração adicional era desejada,

Observação: A duração óptima dos silêncios requer uma boa parcela de julgamento; em geral, as pausas longas são contraproducentes, na medida em que o paciente pode interpretar mal o silêncio, entendido como uma rejeição, ou pode deixar-se afundar em autocríticas obsessivas.

EXAME DO ESTADO MENTAL

É de importância crucial que o terapeuta faça sua própria avaliação quanto ao paciente ser ou não psicótico. Além disso, é fundamental que seja capaz de determinar

rapidamente se o paciente é um suicida. Indícios de tendências suicidas podem ser fornecidos pela expressão de desamparo do paciente. Uma discussão mais ampla sobre como os desejos suicidas podem ser eliciados na entrevista é encontrada no Capítulo 10 que focaliza o tratamento dispensado ao paciente suicida.

O terapeuta deve também estar alerta para vários outros problemas "orgânicos", tais como danos cerebrais, doença física que simula depressão, deficiência mental, etc. O Inventário da Depressão é um instrumento útil para cobrir as diversas facetas da depressão. Entretanto, dado que uma grande variedade de outros sintomas pode ocorrer em conjunto com a depressão, e em vista do fato de que a depressão pode ser apenas um aspecto

secundário de um distúrbio mais sério, tal como a esquizofrenia, o terapeuta precisa ter uma base sólida da avaliação e diagnóstico psiquiátricos e um conhecimento razoável dos distúrbios médicos.

Observação: O curso da primeira entrevista e as respostas do paciente a algumas das indagações do terapeuta podem frequentemente revelar informações muito importantes acerca da capacidade de introspecção do paciente, sua habilidade para encarar objectivamente suas ideias e situação de vida, seu poder de concentração num único tópico e sua habilidade para raciocinar e empregar, de modo terapêutico, alguns dos princípios delineados pelo terapeuta. Ademais, a entrevista pode revelar dados acerca de sua capacidade para o rapport, seu senso de humor e sua motivação para a terapia. Dessa forma, a entrevista terapêutica não deve ser orientada como um teste de tolerância à tensão, mas sim destinada a eliciar e mobilizar os dados do paciente (sua "força de ego"), a fim de que o terapeuta possa ter uma base racional para a formulação de um plano de tratamento.

TRADUZINDO A "QUEIXA PRINCIPAL" NUM "SINTOMA-ALVO"

Temos observado, de um modo geral, que cada paciente depressivo relata um conjunto particular de sintomas ou problemas que representam, a seu ver, o aspecto mais complicado do distúrbio. Por essa razão, é geralmente útil para o terapeuta levar o paciente a apontar suas queixas ou problemas principais.

Frequentemente, essas queixas principais não serão reconhecidas como sintomas da depressão, se o terapeuta as aceitar como lhe são apresentadas. Indicamos abaixo alguns exemplos de queixas principais que eram sinais reveladores de depressão:

1. "Meu cérebro está se deteriorando. É por isso que quero morrer." O problema real mostrou ser que o paciente estava tendo dificuldade em se concentrar, sintoma que interpretou erroneamente como uma enfermidade cerebral progressiva.

2. "Quero divorciar-me de meu marido." O problema subjacente era que a paciente estava encarando todos os seus relacionamentos e interacções em termos absolutistas e radicais. Conseguia ver apenas os traços negativos de seu cônjuge - e, na

realidade, exagerava esses traços. Outro componente de sua depressão era que já não conseguia reagir com afecto a qualquer dos indivíduos próximos a ela, interpretando de modo característico a perda de sentimentos em relação a seu marido como um indício de que seu amor por ele estava irreversivelmente perdido. Na realidade, quando não

estava deprimida, ela vivia um relacionamento satisfatório e preenchedor com o marido.

3. "Eu não tenho sentimentos." Como se indicou antes, os pacientes deprimidos frequentemente vivenciam uma redução nos sentimentos "positivos" como o amor, o prazer, a alegria, o humor etc. Alguns interpretam essa ausência de resposta afectiva como um sinal de que passaram por uma transformação permanente. Alguns se descreveram, nesse estado, como "zumbis" ou "suhumanos". Não percebem esses sintomas como aspectos da depressão, mas antes como sinais de alguma alteração irreversível em sua personalidade.

4. "Não consigo lidar com meus problemas." Nesse caso, a paciente exagerava acentuadamente algumas de suas dificuldades interpessoais e, ao mesmo tempo, subestimava sua capacidade de manter-se à altura dos problemas. Como resultado dessas avaliações negativistas de si mesma, sua confiança sofreu erosão ainda maior. Com efeito, estabeleceu-se um círculo vicioso que minou progressivamente sua capacidade de controlar as situações.

5. "Sou uma pessoa horrível." A paciente interpretava outros sintomas da depressão (tais como a lentificação, a dificuldade de concentração, a perda de afecto pela família) pela óptica tipicamente negativa e moralista dos pacientes deprimidos. Encarava aqueles sintomas como indicadores de que "Sou preguiçosa e egocêntrica; não me importo com ninguém, excepto eu mesma."

6. "A vida não tem sentido" é um indicador frequente de desejos suicidas (ver Capítulo 10).

Observarão: Ainda que essas "queixas principais" sejam manifestações da depressão, constituem problemas sérios que contribuem para a manutenção e agravamento da depressão. Por esse motivo, precisam ser definidas e trabalhadas tão cedo quanto possível na terapia - preferencialmente na primeira entrevista. Nós as incluímos entre os "sintomas-alvo" da depressão e desenvolvemos uma variedade de estratégias para lidar com elas (Capítulo 9).

OBJECTIVOS TERAPÊUTICOS DA ENTREVISTA INICIAL

Um objectivo terapêutico primordial na primeira entrevista é a produção de pelo menos algum alívio de sintomas. Obviamente, isso atende às necessidades do paciente em termos de reduzir seu sofrimento, satisfazendo também o desejo do terapeuta de auxiliar uma outra pessoa de modo significativo. Além disso, o alívio do sintoma

ajuda a aumentar o rapport, a colaboração terapêutica e a confiança na eficácia da terapia. O alívio de

sintomas tende, em si mesmo, a tornar o paciente mais optimista, ao passo que o eleito reforçador de ter "elaborado" um problema específico geralmente estimula o paciente a fazer suas tarefas de casa entre as sessões.

Para facilitar o processo terapêutico, é desejável que o alívio de sintomas se baseie em mais do que simplesmente o rapport, ou em uma atitude bondosamente simpática, ou em promessas implícitas de "cura rápida". A restauração da confiança deve ser usadas criteriosamente, uma vez que tem efeito apenas transitório nos processos cognitivos ilógicos, nas distorções da realidade e nas previsões negativistas. Com efeito, a restauração da confiança baseada em pronunciamentos autoritários do terapeuta frequentemente malogra quando o paciente vivência flutuações em seus sintomas.

A maneira mais eficaz de atingir o objectivo terapêutica imediato e de prover uma base racional para a restauração da confiança é tentar definir um conjunto de problemas e, ao longo da entrevista, demonstrar ao paciente algumas estratégias para lidar com eles. O emprego técnico das estratégias deveria (idealmente) começar durante a entrevista e, naturalmente, ser realizado pelo paciente após o término dela. Qualquer "experiência de sucesso" pelo paciente, mesmo a realização da tarefa de isolar um problema e examiná-lo objectivamente durante a entrevista, tem probabilidade de dar-lhe um sentimento intensificado de mestria. Em certo sentido, a entrevista terapêutica pode ser encarada como consistindo de uma série de "miniconfrontações": o terapeuta coloca (faz uma pergunta, sugere um projecto possível); o paciente então oferece uma solução (responde à pergunta; aceita, rejeita ou modifica o projecto proposto). Havendo um consenso de que a resposta do paciente é satisfatória ou pelo menos adequada, o procedimento se constitui numa experiência de sucesso para ele. Ao ver, por si mesmo, que sua resposta é adequada, e ao receber um feedback positivo do terapeuta, o paciente tem refutada sua convicção de que não pode desempenhar-se a contento ou de que as interacções com outras pessoas são improdutivas. A repetição continuada dessas experiências de "sucesso" ou "mestria", ao longo da entrevista, forçosamente contradiz o conjunto cognitivo negativista do paciente. Claro está que o terapeuta deve ser cuidadoso ao colocar problemas (perguntas) aos quais o paciente possa responder com soluções (respostas) "correctas". Por exemplo, utilizando o modelo de resolução de problemas, o terapeuta deve formular perguntas abertas de carácter concreto, e não abstracto, dado que o paciente pode centrar sua atenção em perguntas concretas e responder a elas mais rapidamente.

SELECCIONANDO SINTOMAS-ALVO

É difícil estipular com antecedência quais os problemas a serem seleccionados durante a primeira entrevista e em que nível devem ser abordadas. Em geral, todavia, no paciente moderada a gravemente deprimido, o foco da intervenção terapêutica deve ficar no nível do sintoma-alvo. O sintoma-alvo pode ser definido como qualquer dos componentes dos distúrbios depressivo que envolva sofrimento ou incapacitação funcional. Esses sintomas-alvo podem ser distribuídos nas seguintes categorias (para uma descrição mais detalhada dessas categorias de sintomas, ver Beck, 1967, pp. 10-43):

1. Sintomas afectivos: tristeza, ausência de gratificação, apatia. perda de sentimentos e afeição pelo outro, perda das reacções de alegria, ansiedade.

2. Motivacionais: desejo de escapar da vida (usualmente através do suicídio); desejo de evitar "problemas" ou mesmo actividades cotidianas habituais.

3. Cognitivos: dificuldade de concentração, problemas com o nível de atenção, dificuldades com a memória. As distorções cognitivas … que se dão primordialmente no nível conceitual ou de processamento de informações – serão discutidas mais adiante.

4. Comportamentais: consistem, geralmente, num reflexo dos demais sintomas citados anteriormente; incluem passividade (por exemplo, deitar-se na cama ou sentar-se em uma cadeira por horas a fio), afastamento de outras pessoas, atrasos, agitação.

5. Fisiológicos ou vegetativos; incluem distúrbios do sono (seu aumento ou sua diminuição) e do apetite (seu aumento ou sua diminuição).

O terapeuta (com a assistência do paciente) determina a quais dos sintomas-alvo se dirigirá, com base em muitos factores:

a) Quais são os que mais afligem o paciente?
b) Quais são os mais acessíveis à intervenção terapêutica?

As técnicas específicas a serem usadas não serão discutidas em detalhe aqui, uma vez que serão assunto dos próximos cinco capítulos. De um modo geral, podem ser classificadas como (a) predominantemente com-

portamentais - que, em geral, consistem em engajar o paciente em actividades ou projectos específicos, que em si mesmos ajudam a melhorar parte de seu sofrimento e cujo efeito se estende a outros sintomas;(b) predominantemente cognitivas - nas quais o foco principal é a maneira de pensar do paciente.

Quando a depressão é menos severa, o foco terapêutico se dirige com frequência para problemas externos relacionados à precipitação ou agravamento da depressão. Esses problemas podem incluir tensões ou dificuldades em casa, na escola ou no trabalho. Muitas vezes têm um componente de perda, assim como um rompimento de um relacionamento pessoal íntimo, um fracasso em alcançar um objectivo almejado,

ou a privação de alguma actividade prazerosa. Assim, terapeuta e paciente podem trabalhar no sentido de ajudar o paciente a tomar uma decisão vital importante acerca de um problema que contribua para sua depressão, discutir técnicas especializadas que o ajudem a lidar melhor com uma situação difícil na vida, ou considerar maneiras de aliviar tensões ou solicitações externas. Esse tipo de abordagem (concentração em problemas externos) também é empregado depois que os sintomas agudos ou graves do paciente tiverem sido aliviados. O terapeuta deve ter em mente que os problemas situacionais e a depressão podem agravar-se mutuamente. Essa interação recíproca pode ser modificada para melhorar tanto as tensões externas quanto a sintomatologia depressiva.

NEUTRALIZANDO OS SINTOMAS-ALVO

Nessa abordagem, tentamos delinear a configuração de problemas cognitivos que contribuem para a manutenção e agravamento dos sintomas depressivos anteriormente relacionados. O paradigma (e a comprovação experimental que o apoia) que explica como a resolução dos problemas conceituais conduz a um alívio dos sintomas depressivos é descrito pormenorizadamente mais adiante. (Para seguir essa abordagem terapêutica, o terapeuta deve ter Beck, 1967; Beck e Greenberg, 1974; e Beck, 1976, Capítulos 5 e 11). As técnicas serão descritas detalhadamente mais adiante neste livro, mas são esquematicamente delineadas aqui, com a finalidade de ilustração.

Em termos sucintos, essa abordagem de tratamento procura identificar e corrigir as distorções, déficits ou distúrbios específicos que nutrem os sintomas do paciente. Para exemplificar a abordagem, podemos atentar para as relações entre sintomas e problemas cognitivos da seguinte maneira: se o paciente se sente triste, alguns problemas focais prováveis serão sua indiscriminada má interpretação de situações ou estímulos internos repre-

sentando perdas, privações ou doença, aliados a sua crença de que sua situação de vida continuará a piorar.

Se o sintoma-alvo são os "desejos suicidas", procuramos (a) um desejo de escapar de uma situação "intolerável" de vida. (b) uma exacerbação dos problemas verdadeiros com a realidade, (c) uma subestimação das habilidades pessoais de lidar com as situações, (d) uma desconsideração ou exclusão injustificada de opções potencialmente eficazes para solucionar os "problemas com a realidade" e (e) uma intolerância pela disforia ou pela espera ate que o problema possa ser resolvido.

Se a dificuldade principal do paciente reside na concentração, na atenção e na memória, uma progressão das tarefas cognitivas passo-a-passo pode ser fornecida para ajudá-lo a prolongar a duração da concentração em detalhes pertinentes. De modo geral, constatamos que esses déficit, na concentração e na memória estão relacionados à intromissão contínua de cognições depressivas. Assim, a estratégia terapêutica

consiste em técnicas específicas de "colocar fora dos muros" as cognições peremptórias, assim como de exercitar-se na focalização, dispersividade, "brancos" de memória etc.

Se os principais sintomas são a passividade e o retardamento, tarefas comportamentais do tipo da Atribuição de Tarefas Graduadas podem ser empregadas. Quando o sintoma-alvo é a ausência de gratificação do paciente em actividades que comummente lhe seriam prazerosas, pode-se empregar, uma programação de actividades potencialmente agradáveis. Essa estratégia se destina a tornar o paciente mais "cognitivamente alerta" para eventos potencialmente satisfatórios, assim como mais conscientes dos sentimentos de prazer. Em decorrência de seus pensamentos tudo-ou-nada, o paciente tende a considerar totalmente desagradável qualquer actividade que promova menos que sua quota normal de satisfação. Assim, pode-se pedir-lhe que atribua graus de prazer numa escala de 0 a 5. Essa estratégia também compreende tácticas especiais para capacitá-lo a lembrar-se de casos prazeirosos.

Quando o problema principal é o prejuízo funcional da capacidade do paciente para desempenhar actividades normais, tais como tarefas vocacionais, trabalhos caseiros, exercícios académicos ou mesmo problemas com a higiene física, podem-se conceber projectos específicos, tais como a Atribuição de Tarefas Graduadas.

FOCALIZANDO O PROCESSAMENTO INADEQUADO DE INFORMAÇÕES

Numa certa medida, os problemas cognitivos do paciente deprimido estão ligados a um processamento de informações inadequado. Ele tende a perce-

ber seu presente, seu futuro e o mundo externo (atríade cognitiva) de uma forma negativa e, consequentemente, exibe uma interpretação tendenciosa de suas experiências, expectativas negativistas quanto ao sucesso provável de qualquer coisa que se disponha a fazer e uma dose maciça de autocrítica. Assim, uma abordagem possível consiste em enfocar a corrente de distorções cognitivas ligadas a conteúdos como o sentimento de perda; a percepção de si mesmo como feio, doentio, indesejável ou deficiente; e a percepção de problemas externos como esmagadores ou insolúveis.

Concomtantemente, o terapeuta pode enfocar os erros estilísticos e lógicos que fornecem a matriz dos pensamentos negativistas do paciente. O "distúrbio de pensamento" formal exibido por pacientes deprimidos incluiu características como a hipergeneralização, a abstracção selectiva, a impermeabilidade a informações positivas ("visão em túnel"), a inferência arbitrária etc.. O paciente mostra ainda uma tendência a pensar em termos extremados ou absolutistas (pensamento branco e preto) e revela uma tendência a personalizar excessivamente os acontecimentos. Além disso, tem uma propensão a fazer juízos moralistas de valor continuados ("sem valor", "preguiçoso", "irresponsável", "odioso") acerca de si mesmo. Mais ainda, castiga a si próprio por suas supostas deficiências morais.

FEEDBACK NA ENTREVISTA INICIAL

No capítulo anterior, discutimos a importância de receber feedback do paciente. Isso é da máxima importância na primeira entrevista. Esse feedback consiste não apenas na observação das respostas emocionais declaradas do paciente durante a entrevista, mas também de suas declarações explícitas sobre sua reacção ao terapeuta e ao processo terapêutico em si mesmo.

O feedback recíproco é importante para estabelecer (a) se o terapeuta compreende o problema do paciente e (b) se o paciente compreende o que diz o terapeuta. Algumas interacções características entre paciente e terapeuta poderiam ocorrer como se segue:

1. O terapeuta resume a narrativa do paciente ou detecta os problemas principais. Por exemplo, transcorrido um terço da entrevista inicial, sintetiza o problema do paciente, dizendo:

Bem, resumindo os diversos problemas que parecem estar afectando você, podemos ver três áreas principais. Em primeiro lugar, você está perturbada em relação aos problemas de seu filho na escola; sentiu-se tão aborrecida e culpada em vista do suposto mal comportamento dele, que não for realmente capaz de identificar o problema exacto e, possivelmente, de ajudar seu filho a respeito.

A segunda área principal parece referir-se a seu marido. Você está preocupada porque, como ele vem chegando tarde em casa com maior frequência, talvez tenha outra mulher. Você teme discutir o assunto com ele porque ele pode confirmar sua suspensa. Preocupa-se também porque, se lhe pedir que chegue cedo em casa, ele pode ver nisso mais uma das suas reclamações… Pareço estar no caminho certo até aqui?... OK… E o terceiro é que você está desgostosa consigo mesma porque não parece estar-se cuidando muito bem. Você se relaxou. Vem engordando e parece, de modo geral, fora de controle. Será que isso resume os problemas?

O paciente tem então a oportunidade de modificar ou acrescentar algo à síntese apresentada. Se o resumo for preciso, ele geralmente se mostrará satisfeito por ver-se compreendido e por perceber que seus problemas aparentemente enormes podem ser reduzidos a proporções com as quais é possível lidar. Se estiver incorrecto, o terapeuta pode retomar o rumo certo antes de perder contacto com os problemas do paciente.

2. Para certificar-se de que o paciente está realmente "sintonizado" no resumo de conceituações apresentado, o terapeuta deve indagar o que ele pode deduzir de suas afirmações. Abaixo damos uma ilustração da primeira entrevista com o mesmo caso.

Transcorridos cerca de dois terços da entrevista, o terapeuta indaga como a paciente percebe sua análise dos problemas. A paciente responde:

Posso perceber que tenho estado olhando só para os pontos negativos do comportamento do Johnny, e que tenho estado tão obcecada com a ideia de ele ser um menino ruim e tão furiosa com ele, que nem sequer tentei descobrir quais são os factos verdadeiros no caso. O que eu deveria fazer é conversar com o professor e depois com o Johnny… Acho que você está sugerindo que eu pare de reclamar com meu marido e de culpá-lo quando chega tarde. Quando me sentir em condições, acho que posso tentar perguntar se existe outra mulher. Enquanto isso, posso trabalhar a minha depressão e me tornar mais atraente, para ficar em melhores condições de resolver o problema com meu marido mais tarde.

Esse resumo demonstra não apenas que a paciente aceita a análise do terapeuta sobre seus problemas, mas também que é capaz de apresentar espontaneamente soluções construtivas para eles.

3. O terceiro tipo de feedback já foi mencionado anteriormente. O terapeuta procura investigar reacções encobertas sobre a entrevista, que podem ser contraproducentes. Se houver qualquer sinal de "estática" na entrevista, é desejável que o terapeuta indague sobre quê o paciente está pensando.

De qualquer forma, como regra geral, é valioso para o terapeuta, antes do final da entrevista, indagar sobre as reacções do paciente, a fim de prevenir quaisquer reacções negativas retardadas posteriores à sessão. Isso

pode ser conseguido se o terapeuta propuser uma questão do tipo, "Cobrimos uma grande área até aqui nesta entrevista. Há alguma coisa no que eu disse que o tenha perturbado? Ou você gostaria de explicações adicionais? Você acha que deixamos de fora alguma coisa importante?" Muitas vezes o terapeuta descobre que o paciente de fato interpretou mal ou deixou de compreender algo do que foi dito. Essas faltas de clareza na comunicação são inevitáveis e, evidentemente, tendem a acentuar-se quando se está lidando com uma pessoa já em estado de perturbação e com uma tendência a distorcer as verbalizações de outrém.

4. De modo semelhante, tendo proposto uma tarefa a ser feita em casa, o terapeuta pode dizer ao paciente, "Como você se sente a respeito dessa tarefa? Parece-lhe algo que gostaria de tentar resolver, ou será que lhe parece pesada? Ou quem sabe você preferiria pensar a respeito?" Ao dar ao paciente, por assim dizer, uma escolha múltipla, o terapeuta tem maiores probabilidades de receber dele uma resposta autêntica.

5. Finalmente, é importante que o terapeuta obtenha algum feedback, em algum momento da primeira parte de uma entrevista subsequente, quanto às reacções do

paciente a respeito das entrevistas anteriores, isto é, reacções que tenham ocorrido depois do término da entrevista. Essa seria também uma boa hora para extrair do paciente suas possíveis reacções negativas às tarefas propostas para casa. Como temos constatado que os pacientes geralmente mostram maior tendência a apresentar espontaneamente reacções positivas às tarefas de casa propostas em entrevistas anteriores, não é tão necessário explorar as reacções positivas quanto é tentar descobrir as que são negativas.

RESUMO

1. Ao tratar pacientes depressivos, o terapeuta necessita de sólidos conhecimentos de psicopatologia e diagnóstico.

2. As entrevistas devem ser orientadas para estabelecer:

a) Uma relação terapêutica de trabalho, incluindo o rapport.

b) Um consenso sobre os objectivos e procedimentos do tratamento.

c) A cooperação para definir e "solucionar" problemas.

d) Interacção adequada para assegurar um feedback óptimo, tanto para o paciente como para o terapeuta, com respeito à compreensão recíproca, aos bloqueios que fazem tropeçar a terapia, ao progresso em direcção às metas etc..

3. O terapeuta deve procurar utilizar procedimentos técnicos que proporcionem algum sintoma de alívio durante a primeira sessão, assim como nas subsequentes. É necessário estabelecer um mecanismo mantene-

dor do alívio dos sintomas, para que o intervalo entre sessões possa ser usado a nível óptimo (por exemplo, tarefas para casa, audição de fita com a gravação da sessão anterior etc.).

4. A maneira ideal de motivar o paciente a trabalhar seus problemas é produzir uma redução imediata de sintoma através do trabalho conjunto sobre problemas específicos. Assim, a "educação" ou "reeducação" é preferível à sugestão prestigiosa ou à recuperação autoritária da confiança.

5. O terapeuta deve, nos limites arbitrários do tempo de duração da entrevista, trabalhar no sentido de alcançar vários objectivos técnicos concomitantes:

a) Estabelecer um perfil diagnóstico.

b) Avaliar o grau de psicopatologia.

c) Estimar os recursos do paciente para a terapia, assim como seu sistema de apoio social.

d) Obter uma base sólida de dados para formular os problemas do paciente. Isso envolve o estabelecimento e a testagem de uma hierarquia de hipóteses.

e) Improvisar e testar diversas estratégias de tratamento apropriadas para cada estágio específico da terapia.

6. A utilização óptima do tempo pode envolver a interrupção diplomática do

paciente quando estiver divagando, assim como sua reorientação no sentido de enfocar seu problema.

capítulo 6

TRATAMENTO SESSÃO A SESSÃO: O CURSO TÍPICO DA TERAPIA

VISÃO GERAL DAS SESSÕES

Este capítulo ilustra o curso do tratamento de paciente em terapia cognitiva da depressão. A "mecânica" prática da terapia cognitiva foi obtida pela revisão das notas de um caso tratado. Esse caso específico foi seleccionado por reflectir uma resposta típica à psicoterapia cognitiva, incluindo "recuos" e "bloqueios" terapêuticos. Conquanto seja nossa intenção fornecer os detalhes relevantes do tratamento, só nos é possível apresentar as interpretações do terapeuta sobre os dados cruciais.

Inicialmente, o foco da terapia foi o desenvolvimento de uma conceitualização comum, ou seja, o terapeuta expôs a lógica da terapia cognitiva e discutiu as reacções da paciente a esse modelo. Antes da primeira sessão do tratamento, o terapeuta enviou à paciente o folheto Coping with depression, pedindo que ela o lesse, a fim de participar desse aspecto do tratamento. A terapia centrou-se então nos sintomas da paciente, voltando-se a atenção, inicialmente, para suas dificuldades comportamentais e motivacionais. Quando a paciente demonstrou algumas mudanças significativas nessas áreas, a ênfase foi redireccionada para o conteúdo e padrão de seus pensamentos, isto é, para o reconhecimento, anotação e testagem de cognições específicas. Nas últimas sessões, o terapeuta discutiu com a paciente as pressuposições básicas trazidas por ela, que foram percebidas como aquilo que resultava em sua vulnerabilidade à depressão.

Observação: Nossa experiência indica que os pacientes moderada a agudamente deprimidos e os gravemente deprimidos requerem, de início, duas sessões semanais. No estudo relatado por Rush e tal. (1977), o protocolo sugeria um máximo de 20 sessões num período de 15 semanas. Ao implementar esse plano de pesquisa, constatamos que os pacientes desse

grupo (escore médio no Inventário Beck da Depressão = 30,2) tinham, em média, 15 sessões terapêuticas num período de 11 semanas. Assim, em média, os pacientes receberam a terapia cognitiva duas vezes por semana durante quatro semanas e, a seguir, uma sessão semanal durante sete semanas. Não estando preso às limitações do um projecto de pesquisa, o terapeuta deve ter a flexibilidade de ir "afunilando" a terapia (por exemplo, diminuindo as sessões para uma vez a cada duas semanas, uma vez por mês etc.).

É evidente que a frequência e duração da terapia têm que ser ajustadas às necessidades de cada caso individual. A paciente em depressão aguda descrita neste capítulo recebeu 22 sessões de terapia cognitiva num período de 14 semanas (duas vezes por semana durante oito semanas, mais uma sessão semanal durante seis semanas).

Neste relato de caso, os escores do Inventário Beck da Depressão serão especificados ao lado do título da sessão (por exemplo, Sessão 3, IBD m = 37), como indicadores da gravidade da depressão da paciente. O plano de tratamento (itens da agenda) para cada sessão terapêutica será resumidamente arrolado, seguindo-se uma narrativa das trocas terapêuticas significativas.

HISTÓRICO DO CASO

DADOS PESSOAIS

A paciente era uma dona-de-casa de 36 anos, casada, mãe de dois meninos (14 e nove anos) e de uma menina (sete anos). Seu marido, com quem se casara há 15 anos, era gerente de vendas de uma empresa de suprimentos para a indústria automotiva, tinha 37 anos e era descrito pela paciente como "uma pessoa confiante e amável". A paciente se descrevia como "uma Maria-ninguém que não sabe fazer nada direito, um fracasso como mulher e mãe". Duvidava de seu amor pelo marido ou pelos filhos e, em muitas ocasiões, pensava no suicídio como uma forma de "retirar o peso" de sua família.

AVALIAÇÃO

A paciente fora avaliada inicialmente por um psiquiatra (que não o terapeuta), que estabelecera ser ela portadora de uma "depressão aguda e problemas de personalidade". Fora encaminhada para terapia cognitiva em vista de sua tendência à autocensura e ao abandono. Duas abordagens te-

rapêuticas anteriores (terapia conjugal durante seis sessões e farmacoterapia com dois preparados antidepressivos durante 17 semanas) tinham resultado em alguma, porém, transitória, melhora sintomática, nos 19 meses anteriores. O terapeuta a entrevistou e confirmou o diagnóstico de depressão primária. Seu escore no Inventário Beck da Depressão foi 41 e, na Escala de Avaliação da Depressão de Hamilton, 23, sendo ambas as medidas indicadoras de depressão aguda.

SESSÃO 1 (IBD = 41)

Plano (Agenda):

- Rever sintomas da depressão
- Avaliar ideação suicida e sentimentos de abandono
- Discutir a influência do pensamento no comportamento, com referência específica ao folheto Coping with depression
- Rever nível de actividade, se indicado.

A paciente veio para a primeira sessão declarando sentir-se "no fim da linha". Mostrava-se particularmente preocupada com sua perda de afecto por seus familiares. Havia pensado em suicídio, mas tinha sentido alguma esperança quando viu a descrição "de mim mesma" no folheto Coping with depression. Criticava-se por ser "egoísta" e "pensar como uma criança", Acreditava que seu trabalho em casa era "sem importância" e temia uma "rejeição total" por parte de seu marido. Admitiu que suas autocensuras faziam sentir-se pior, mas observou que "a verdade dói", O terapeuta esclareceu que ela estava deprimida e que suas reacções negativas poderiam ser sintomas de sua depressão.

Tarefas para casa:
- Usar tabela de actividades: determinar quão activa é a paciente e obter dados "objectivos" sobre seu nível actual de funcionamento
- Completar o Inventário Multifásico de Personalidade de Minnessota (MMPI) (para avaliar o grau de psicopatologia, além de obter dados de pesquisa).
- Completar o Questionário de História de Vida (Lazarus, 1972) para obter dados relevantes sobre a história passada.

SESSÃO 2 (IBD = 43)

Planejamento:
- Rever sintomas da depressão
- Rever tabela de actividade para verificar possíveis omissões e distorções
- Começar a demonstrar a relação entre pensamento, comportamento e afecto, usando as experiências específicas da paciente.

Nessa sessão, a paciente se apresentou em lágrimas e relatou que seu casamento certamente iria "acabar em divórcio". Descreveu uma situação na qual seu marido reagira a uma ligeira mudança positiva no ânimo dela convidando-a para ir ao cinema. Ela lhe respondera que "não merecia sair" e, em seguida, repreendera seu marido por propor uma actividade que iria "desperdiçar dinheiro".

Disse não conseguir entender por que seu marido não "sentia" a irritabilidade dela em relação às crianças e a ele. Concluiu que a "insensibilidade" dele era uma demonstração de sua atitude de descaso ("e eu não o culpo"), uma atitude que levaria ao divórcio. O terapeuta lhe apontou sua desatenção selectivo para a proposta do

marido de saírem à noite e assinalou como isso contradizia a conclusão a que ela chegara. O comentário pareceu surtir pouco efeito na paciente.

Tarefas para casa:

- Prosseguir com a tabela de actividade, com a concordância da paciente em tentar realizar actividades de mestria e/ou prazer.
- Definir os problemas que a paciente acredita contribuírem para sua depressão.

SESSÃO 3 (IBD = 38)

Planejamento:

- Rever as actividades de "Mestria e Prazer"
- Continuar a investigar os pensamentos ligados à tristeza.

A paciente trouxe sua tabela de actividades: suas manhãs tinham sido ocupadas com tarefas rotineiras de limpeza da casa; suas tardes consistiram em "assistir às novelas e chorar". Criticou-se por "não fazer o que eu deveria estar fazendo". Referiu-se a sua incapacidade para controlar os filhos; descreveu especificamente os problemas que enfrentava para tirar o filho mais velho da cama pela manhã. Esse último problema resultava, muito

simplesmente, da falta da paciente em instilar em seu filho suficiente responsabilidade por seu próprio comportamento. Tinha o hábito de chamá-lo repetidamente todas as manhãs, reforçando assim a dependência em que ele se colocava em relação a ela. A paciente concordou em modificar esse comportamento, comunicando a seu filho a "nova regra" da responsabilidade pessoal de levantar por si mesmo.

Outros problemas relacionados incluíam uma falta de comunicação com o marido e falta de gratificação nas actividades da paciente. De modo geral, ela se mantinha relativamente activa durante o dia: isso indicava um índice razoável de motivação e actividade e, desse modo, o tratamento enfocou mais directamente suas cognições.

Tarefas para casa:

- Relacionar as cognições nos períodos de tristeza, ansiedade e raiva, assim como nos períodos de "apatia ", para estabelecer a relação entre pensamento, comportamento e afecto.

SESSÃO 4 (IBD = 31)

Planejamento:

- Discutir cognições específicas levando a afectos desagradáveis.

A paciente trouxe uma relação de 12 situações nos três dias anteriores que tinham levado à depressão, raiva ou culpa. A maioria das situações compreendia interacções com seus filhos, que haviam resultado na conclusão de que ela era uma "mãe incompetente". Tendia a punir seus filhos por qualquer deslize de comportamento, numa tentativa de modificar o comportamento deles para que os outros (marido, familiares e amigos) não a criticassem. Por outro lado, passava a maior parte do tempo atendendo as necessidades e solicitações dos filhos.

Suas cognições incluíam muitas referências a actividades que ela "deveria" desenvolver em casa. Procurava manter um alto nível de actividade (trabalhos caseiros e cozinha) para agradar ao marido, embora acreditasse que "merecia ser rejeitada".

O terapeuta conseguiu romper as autocensuras da paciente ligadas à "incompetência", assinalando que, em vez de rotular-se como incompetente talvez ela pudesse corrigir o "mau comportamento" dos filhos através de técnicas diferentes de treinamento. Ela demonstrou interesse em aprender novas técnicas da educação de crianças, mas conservou sua atitude céptica.

115

Tarefas para casa:

- Continuar a relacionar as cognições – se possível, arrolar explicações alternativas; evitar as rotulações do tipo incompetente" e "egoísta", uma vez que esses termos pejorativos servem para disfarçar os problemas.
- Numa escala de 0 a 10, indicar o grau em que ela queria desempenhar as actividades, em oposição ao atendimento das expectativas do terapeuta ou de seu marido.

SESSÃO 5 (IBD = 36)

Planejamento:

- Discutir cognições e identificar temas repetitivos ou comuns.

O tema principal das cognições da paciente era sua crença de estar falhando em seus deveres de esposa. Esses "deveres" iam desde a limpeza da casa até corresponder sexualmente a seu marido. Acreditava que o marido eventualmente a deixaria, a menos que saísse de sua depressão. O terapeuta informou que ela não sairia da depressão repentinamente, mas que, através do exame de seus pensamentos, aprenderia gradativamente a lidar com sua depressão e, eventualmente, a compreender-se melhor. Foi interessante observar que a negação do terapeuta da solicitação da paciente no sentido de "eliminar" a depressão foi recebida por ela com alívio considerável. Ela "sabia" que seus sentimentos não se modificariam da noite para o dia e, na verdade, admitiu que ela estava imitando as instruções de seu marido para que melhorasse. Queixou-se também de um distúrbio ligado ao sono (adormecer

à noite). Essa reacção parecia resultar de sua autocensura por sua perda de libido e "perda de amor".

Tarefas para casa:

- "As camas são para dormir". Se não adormecer em 15 minutos, levantar e fazer alguma coisa para distrair o pensamento.
- Continuar a relacionar pensamentos e arrolar as responsabilidades diante do marido e vice-versa,

SESSÃO 6 (IBD = 29); SESSÃO 7 (IBD = 26); SESSÃO 8 (IBD = 26)

Planejamento:

- Rever as cognições, particularmente as expectativas da paciente em relação a si própria e a seus "de vos" e "queros".

- Discutir as ideias da paciente sobre suas responsabilidades conjugais.

Nessas três sessões, o terapeuta procurou apontar as expectativas da paciente. Nas sessões anteriores, ela se mostrara capaz de perceber quanto sua autocensura e seus sentimentos de abandono se relacionavam claramente ao fato de comparar-se a uma mãe, esposa, pessoa, etc. ideal.

Ela ruminou sobre erros do passado e ignorou selectivamente a factualidade de suas realizações, Por exemplo, a certa altura seu marido foi entrevistado e, excepto por admitir-se frustrado com as "atitudes negativas" da esposa, demonstrou uma atitude de consideração e preocupação.

Mencionou que procurava expressar seu afecto pela esposa para neutralizar a convicção dela sobre sua "rejeição", mas essas atitudes resultavam em períodos adicionais de choro e culpa. A paciente começou a compreender que suas próprias ideias não espelhavam a realidade, mas eram interpretações falsas do real e, portanto, passíveis de reavaliação.

A paciente mostrava grande dificuldade em definir um conjunto razoável de objectivos. Tendia a falar em termos globais sobre ser uma "mãe melhor", uma "esposa melhor" etc., sem definir realisticamente o que queria dizer. Quando foi orientada para mudanças comportamentais específicas, como falar claramente com seu marido sobre seu desejo de compartilhar com ele de um maior número de actividades, ou estabelecer limites para o comportamento de seu filho mais velho, sua atitude inicial foi "Não posso fazer isso". Entretanto, através de orientações específicas, desempenho de papéis e ensaios cognitivos, surpreendeu-se com uma série de sucessos. Como seria esperável nesse estágio, sua reacção foi, no máximo, um prazer transitório, uma vez que ela subestimava continuamente suas realizações (encarava-as como "reacções normais, aquilo que eu deveria fazer, nada de especial"), Depois de

um sucesso, pensava na "esmagadora" sucessão de problemas que ainda teria que enfrentar.

O terapeuta assinalou o padrão cognitivo de "não vencer" da paciente e dispendeu considerável tempo da terapia discutindo a natureza autoderrotista daqueles padrões de pensamento. Ela reconheceu, por exemplo, que inicialmente se castigara por ser ineficiente, mas que, depois de testar e refutar essa ideia, desvalorizara-se por não tentar o suficiente. Uma vez que tomou consciência de seus erros cognitivos e foi capaz de exercitar respostas mais razoáveis a seus "pensamentos automáticos", ela observou um decréscimo significativo de seus sintomas depressivos. Curiosamente, suas cunhadas teceram comentários sobre um aprimoramento na autoconfiança da paciente, mudança que ela própria não havia reconhecido; esse feedback, deu apoio a seus esforços terapêuticos. Por outro lado, ela começou a vivenciar um aumento de ansiedade ao receber comentários favorá-

veis de seu marido. Essa ansiedade não era prontamente compreensível nesse estágio da terapia.

Tarefas para casa:

- Continuar a identificar os erros cognitivos e revisar as explicações alternativas para seus "pensamentos automáticos" negativistas.

SESSÃO 9 (IBD = 23); SESSÃO 10 (IBD = 22); SESSÃO 11 (IBD = 30)

Planejamento:

- Focalizar as autocensuras e trabalhar nas respostas de manejo (ou seja, avaliações realísticas de áreas de problema, em lugar de auto-censura).
- Prosseguir na resposta aos "queros" e não aos "devos".

A paciente reconheceu uma série de situações nas quais se criticava. Algumas dessas situações envolviam seu marido e a família e diziam respeito a seus deveres familiares. Por exemplo, ela achava particularmente difícil preparar a refeição principal e, em algumas ocasiões, usava refeições congeladas. No passado, criticava-se por seu comportamento "descuidado" a esse respeito. Com um esforço considerável, começou a cozinhar refeições simples e aumentou gradativamente suas realizações nessa área, até quase "voltar ao normal".

Um dos focos foram as reacções de autocrítica da paciente a suas refeições; durante as refeições, tecia comentários que indicavam que a comida tinha uma apresentação precária. Sua família geralmente discordava ("Eles estão tentando fazer com que eu me sinta melhor"), mas, ocasionalmente, eles próprios faziam comentários críticos ou reprovadores. Em consequência disso, a paciente considerava a hora das refeições particularmente irritante. Essas eram essencialmente situações de "nunca

vencer", Durante o período do tratamento, a paciente aprendeu a abster-se de formular suas críticas, concentrando-se em avaliar seus esforços no preparo da refeição. Como resultado, obteve reacções "autênticas" de sua família e modificou suas próprias reacções não realistas.

Um segundo foco foram os seus "queros". Os objectivos do tratamento incluíam discussões de auto-afirmação ("Se eu expressar meus sentimentos, serei rejeitada"), manejo do tempo ("Tenho que cuidar das necessidades dos outros e ninguém deveria ter que ajudar") e planejamento para o futuro ("Eu gostava de trabalhar na loja, mas agora não poderia fazê-lo"), como se acha indicado pelos pensamentos acima, foi necessário muito trabalho sobre as ideias disfuncionais da paciente. Curiosa-

mente, sua reacção a uma pergunta sobre o que significaria alguém discordar de suas ideias distorcidas foi: "Significa que eu não presto, que não valho nada, que minha opinião não conta".

SESSÃO 12 (IBD = 15); SESSÃO 13 (IBD = 20);
SESSÃO 14 (IBD = 17); SESSÃO 15 (IBD = 17)

Planejamento:

- Continuar a atentar para as autocríticas, focalizando as pressuposições subjacentes. (A essa altura a paciente estava preparada para avaliar as bases de suas autocensuras não realistas e de outras reacções depressivas. O terapeuta decidiu investigar as atitudes e crenças da paciente que contribuíam para sua depressão).

A paciente começou a confiar em que sua depressão poderia ser controlada, se conseguisse manobrar sua tendência a criticar-se. Quando pode avaliar as situações objectivamente, percebeu que, na realidade, seu marido a criticava severamente se a casa não estivesse "impecável" e se ela não lhe preparasse seus pratos favoritos, A paciente agia muitas vezes com base em suas expectativas de crítica, criticando a si própria antes que seu marido tivesse a oportunidade de fazê-lo.

A paciente jamais conversara com o marido sobre seus próprios "quereres" e "necessidades", eventualmente, parou de criticar-se por ser um "fardo" e uma "mãe horrível" - consciente de que esses rótulos não serviam a qualquer objectivo, excepto o de fazê-la sentir se triste ou culpada. Rotular-se não tinha qualquer efeito sobre os problemas reais de sua vida. Inicialmente, quando conseguia satisfazer suas próprias expectativas, que compreendiam padrões perfeccionistas, experimentava uma gratificação reduzida. À medida que a terapia continuou a enfocar suas expectativas e as consequências delas, a paciente reconheceu, gradativamente, que não gostava de muitas das tarefas caseiras e que, por isso, era merecedora de auto-aplausos quando tinha sucesso. Merecia esse elogio por realizar um trabalho do qual não gostava, e não um trabalho que "deveria" fazer. Muitas vezes, sua pressuposição básica tinha sido:

"As pessoas não vão gostar de mim, ou até me rejeitarão se eu não satisfizer suas expectativas". Assim, tendia a fazer o que devia fazer, criticava-se em reacção a censuras percebidas nos outros e continuava a restringir suas próprias actividades para atender a necessidades alheias.

Nesse estágio da terapia, a paciente começou a reconhecer seu padrão abnegado de pensamento e comportamento e a questionar-se sobre a razão de não fazer o que "queria", ao invés de fazer o que "devia". Por exemplo, preocupava-a a possibilidade de tomar-se uma pessoa egoísta, egocêntrica,

sempre exigindo que os outros fizessem o que ela queria. Compreendeu que o factor importante era pensar sobre o que queria. Na realidade, havia ocasiões em que punha de lado seus próprios "quereres" e fazia o que seu marido queria. Esse tipo de solução de compromisso lhe era particularmente gratificante.

Tarefa para casa:

- Relacionar os "quereres", particularmente em termos de objectivos futuros. Essa tarefa destinava-se a fazer a paciente concentrar a atenção em suas próprias necessidades e expectativas.

SESSÃO 16 (IBD = 22); SESSÃO 17 (IBD = 18);
SESSÃO 18 (IBD = 12); SESSÃO 19 (IBD = 14)

A paciente mencionou um desejo de voltar a ter um emprego de meio expediente, mas começou imediatamente a desmerecer a ideia - padrão que não vinha ocorrendo há quatro sessões. Quando o terapeuta lhe apontou essa reacção, mostrou-se surpresa.

Observou que vinha se sentindo deprimida novamente e que, de início, tinha acreditado que a depressão vinha "do nada". Um incidente pareceu agravar suas incertezas sobre si mesma. Seus pais tinham ido visitá-la e fora observado que sua mãe era muito critica em relação a seu pai. A paciente se acreditava responsável pela felicidade do pai. Tinha também ideias de que sua mãe poderia ter um ataque cardíaco, por que era uma pessoa permanentemente "preocupada", o que deixaria seu pai numa posição de desamparo. Assim, a visita dos pais deu início a uma série de dúvidas sobre eles. A paciente concluiu que tinha que manter sua própria família feliz, o que exigiria que estivesse sempre à disposição deles.

Mais uma vez, essa reacção compreendeu a satisfação de expectativas alheias e, por algum tempo, a paciente mostrou-se muito apreensiva sobre estar cometendo um erro ao seguir suas próprias opiniões acerca de sua família. Remoía, por exemplo, a ideia de ser ou não conveniente aceitar um emprego, ainda que o desejasse e sentisse prazer no trabalho. Preocupava-a que seu marido pudesse reagir abandonando-a ou censurando-a diante da família.

Esse período da terapia foi crítico, porque parecia haver uma possibilidade de

recaísa. A paciente fora acentuadamente afectada pela interacção entre seus pais e, do ponto de vista da teoria clínica, parecia ter sido novamente inundada por suas cognições disfuncionais e métodos inadaptativos, a saber, "Faça o que se espera de você, caso contrário irá estragar tudo". Essa crença levou-a, posteriormente, a abordar o problema no velho estilo, agindo com base no que supunha que os outros esperavam dela.

120

Duas intervenções-chave foram feitas nesse ponto. Primeiramente, o terapeuta reviu as semelhanças entre sua reacção actual e seus padrões passados de pensamento. Reviu os factos com a paciente e ela sugeriu que estava "seguindo o antigo padrão". Em segundo lugar, seu marido comentara que gostava mais da "nova" do que da "velha" personalidade dela. Esses intercâmbios foram altamente significativos e, àquela altura, a paciente recuperou sua motivação para prosseguir num curso de acção razoável.

Logo depois dessa sessão, conseguiu um cargo de meio expediente numa loja. Observou que não estava particularmente feliz ou satisfeita ("Parece diferente"), mas sua reacção foi compreensível, dado o conflito acerca de suas decisões.

Tarefas para casa:

- Discutir mais detalhadamente com o marido os objectivos, particularmente com referência às responsabilidades pelas tarefas caseiras.

SESSÃO 20 (IBD = 8); SESSÃO 21 (IBD = 6); SESSÃO 22 (IBD = 7)

As últimas sessões visaram consolidar os progressos feitos na terapia. A paciente forneceu um relato pessoal que talvez ilustre melhor o resultado de suas modificações cognitivas e comportamentais.

Quando começou a trabalhar, voltou para casa e queixou-se com o marido de que não sentia prazer no trabalho. O marido, que a havia encorajado anteriormente (mas com algumas reservas não declaradas), reagiu dizendo, "Se você não se sente feliz, então demita-se". Assim, a paciente viu-se confrontada com uma crise e pensou que deveria deixar o emprego. Ela aprendera a relacionar os "prós e contras" antes de qualquer decisão e a prestar particular atenção a seu problema de reagir automaticamente às expectativas dos outros. Após essa análise, concluiu que seu desprazer no trabalho era resultado de suas próprias expectativas grandiosas e irreais (isto é, o emprego tinha que ser perfeito para justificar o tempo dispendido fora de suas responsabilidades caseiras).

Na verdade, seus comentários sobre a insatisfação haviam trazido à tona as dúvidas de seu marido e ela decidiu discutir essas dúvidas, ao invés de simplesmente agir com base nelas. Como consequência, o marido admitiu suas próprias incertezas e seu aborrecimento quando ela não estava em casa. Ele concordou em desenvolver em

casa actividades das quais ele próprio gostasse, surpreendendo-se com uma nova "liberdade". Como consequência final, a paciente reagiu positivamente a essa mudança no comportamento do marido e começou a gostar do emprego.

121
ACOMPANHAMENTO:
1 MÊS (IBD = 9); 2 MESES (IBD = 5); 6 MESES (IBD = 2)

Durante o período de acompanhamento, a paciente continuou não-deprimida e observou com grande satisfação que estava mais confiante. Ela e o marido se inscreveram num curso para lidar com crianças, com o objectivo de se tomarem "pais mais eficazes". Ela ainda tinha problemas, especialmente quando outros significativos (marido, filhos, pais) se tornavam emocionais ou exigentes. A paciente reconheceu que os "velhos pensamentos automáticos" ainda eram eliciados, mas continuou convencida de que a melhor forma de abordar esse tipo de ideação era uma reavaliação cuidadosa da situação.

Com excepção do acompanhamento a longo prazo, o tratamento foi encerrado nesse ponto.

122
capítulo 7

A terapia cognitiva da depressão se baseia na teoria cognitiva a depressão. Trabalhando dentro do enquadre do modelo cognitivo, o terapeuta formula sua abordagem terapêutica de acordo com as necessidades específicas de um dado paciente num momento particular. Assim, poderá estar praticando a terapia cognitiva ainda que utilize, predominantemente, técnicas comportamentais ou ab-reactivas (liberação da emoção).

Nus estágios iniciais da terapia cognitiva, e particularmente com os pacientes mais gravemente deprimidos, torna-se muitas vezes necessário ao terapeuta concentrar-se em restaurar o funcionamento do paciente até o nível pré-morboso. Especificamente, ao atrair a atenção e o interesse do paciente, o terapeuta procura induzi-lo a opor-se a seu auto-isolamento e a envolver-se em actividades mais construtivas. A lógica dessa abordagem se baseia na observação clínica de que o paciente gravemente deprimido e muitas vezes as pessoas importantes de sua vida ("outros significativos") acreditam já não ser ele capaz de desempenhar as funções características esperadas de seu papel de estudante, trabalhador, dona-de-casa, cônjuge, pai, etc. Além disso, o paciente não consegue ter esperança de obter satisfação nas actividades que anteriormente lhe haviam trazido prazer.

O paciente gravemente deprimido é presa de um círculo vicioso, no qual seu reduzido nível de actividade leva-o a rotular-se como inútil. Essa rotulação, por sua vez, conduz a um desânimo mais acentuado e, em última instância, a deixar-se cair

num estado de imobilidade. Ele encontra dificuldade em desempenhar funções intelectuais (tais como raciocinar e planejar actividades motoras - mesmo o andar e o falar espontaneamente,

tanto quanto o desempenho de actos complexos que requeiram habilidade e treinamento especializados). Essas formas de comportamento são, em geral, instrumentos para obter satisfação e preservar a auto-estima e a estima dos demais, A desorganização dessas funções, como resultado da concentração diminuída, da fatigabilidade e do ânimo enfraquecido, produz insatisfação e uma redução da auto-estima.

O papel do terapeuta é claro. Não existe caminho fácil para "dissuadir" o paciente de suas conclusões de que é fraco, inútil ou vazio. Ele pode ver por si mesmo que simplesmente não está fazendo as coisas que antes considerava relativamente fáceis e importantes. Ao ajudar o paciente a modificar alguns comportamentos, o terapeuta pode demonstrar-lhe que suas conclusões negativas e hipergeneralizadas são incorrectas. Em função das modificações comportamentais específicas, o terapeuta pode mostrar ao paciente que, na verdade, ele não perdeu sua capacidade de funcionar no nível anterior, mas sim que seu desânimo e pessimismo tornam difícil a mobilização de seus recursos para empreender o esforço necessário. Dessa forma, o paciente vem a perceber que a fonte de seu problema é um erro cognitivo: ele pensa (incorrectamente) ser inútil, fraco e desamparado e essas crenças restringem seriamente sua motivação e seu comportamento.

A expressão técnicas comportamentais pode sugerir que a atenção terapêutica imediata se volta exclusivamente para o comportamento manifesto do paciente, isto é, que o terapeuta receita algum tipo de actividade dirigida a um objectivo. Na realidade, o relato dos pensamentos, sentimentos e desejos do paciente permanece um ponto crucial para que se empreguem com sucesso as técnicas comportamentais. O objectivo último dessas, técnicas na terapia cognitiva é a produção de mudanças nas atitudes negativistas, a fim de que o desempenho do paciente continue a aprimorar-se. De fato, os métodos comportamentais podem ser encarados como uma série de pequenos experimentos destinados a testar a validade das hipóteses ou ideias do paciente acerca de si mesmo. À medida que se contradigam as ideias negativas por esses "experimentos", o paciente gradualmente se torna menos seguro de sua validade e fica mais motivado para tentar o desempenho de atribuições mais complexas.

Muitas das técnicas descritas neste capítulo também fazem parte do repertório do terapeuta comportamentista. O impacto das técnicas terapêuticas derivadas de um modelo estritamente behaviorista ou de condicionamento é limitado, em função da restrição ao comportamento observável e da exclusão selectiva de informações acerca de atitudes, crenças e pensamentos do paciente - suas cognições. Assim, ainda que o terapeuta behaviorista induza o paciente a tornar-se mais activo, seu pessimismo, autodepreciação e impulsos suícidas podem permanecer inalterados. Para a terapeuta

behaviorista, a modificação do comportamento é um fim em si

mesmo; para o terapeuta cognitivas, ela é um meio para atingir um fim - qual seja, a mudança cognitiva.

É importante observar que as modificações cognitivas não acompanham, necessariamente, mudanças comportamentais. Em contraste com as descobertas típicas dos estudos sócio-psicológicos de indivíduos normais, constatamos que pessoas deprimidas não alteram com rapidez suas cognições negativas e hipervalentes, a despeito de inconfundíveis mudanças comporta mentais. Esse ponto pode ser ilustrado com o exemplo que se segue.

Uma mulher de 36 anos, deprimida, deixara de participar de jogos de ténis nos quais anteriormente se divertira. Em vez disso, seu padrão comportamental diário consistia em "dormir e tentar fazer os trabalhos caseiros que negligencier". A paciente acreditava firmemente não ser capaz de desincumbir-se de actividades tão "extenuantes" como o esporte. Seu marido providenciara uma aula particular de ténis, numa tentativa de ajudar a esposa a superar sua depressão. A paciente relutantemente compareceu à aula e pareceu "uma pessoa diferente" aos olhos do marido. Bateu bem a bola e seguiu as instruções com agilidade. A despeito do bom desempenho durante a aula, a paciente concluiu que sua habilidade tinha-se "deteriorado" para além do ponto em que as aulas poderiam surtir algum efeito. Interpretou mal a reacção positiva de seu marido à aula, como um sinal de quão precário seu jogo se havia tornado - porque, na opinião dela, "Ele me acha um caso tão perdido que só consigo bater bola quando estou em aula". Em suma, ela rejeitava a razão evidente do entusiasmo do marido em favor de uma explicação derivada da imagem negativa que fazia de si mesma. Afirmou também não ter gostado da aula de ténis porque não "merecia" nenhum lazer.

Essa vinheta ilustra a importância de colocar as modificações comportamentais numa perspectiva adequada diante do paciente. As cognições negativisticamente tendenciosas não são necessariamente alteradas por uma simples mudança do comportamento. A modificação comportamental permite, antes, a identificação dessas avaliações negativas. A alteração do comportamento é importante na medida em que fornece ao paciente uma oportunidade para avaliar empiricamente suas ideias sobre inadequação e incompetência. O terapeuta tem que fundamentar a lógica desse procedimento terapêutico numa compreensão do quadro de referência do paciente. No caso citado, embora o marido tenha dado início a um plano de acção apropriado (uma aula de ténis), sua ignorância do sistema de crenças da esposa impediu-o de ajudá-la a solucionar seu problema cognitivo. Na verdade, seu esforço teve o efeito inverso, na medida em que ela interpretou mal toda a experiência. Mais adiante neste capítulo, descreveremos as estratégias terapêuticas para definir e lidar com as cognições relacionadas a

objectivos comportamentais e mudanças comportamentais mutuamente concordantes.

O PLANEJAMENTO DE ACTIVIDADES

Muitos pacientes deprimidos relatam uma quantidade avassaladora de cognições autodepreciativas e pessimistas nas ocasiões em que se encontram física e socialmente inactivos. Criticam-se por serem "vegetais" e por se afastarem das outras pessoas. Paradoxalmente, podem justificar esse afastamento e evitação baseados no facto de que a actividade e a interacção social não têm sentido, ou de que eles são um fardo para os outros. Assim, afundam-se numa passividade e isolamento social crescentes. Além disso, não é incomum que o paciente deprimido interprete sua inactividade e isolamento como prova de sua inadequação e abandono, fechando-se assim o círculo vicioso.

A prescrição de projectos especiais baseia-se na observação clínica de que os pacientes deprimidos tem dificuldade em empreender ou completar tarefas que desempenhavam com relativa facilidade antes do episódio depressivo. Mostram-se propensos a evitar tarefas complexas, ou quando procuram realizá-las, tem probabilidade de experimentar grandes dificuldades em atingir seu objectivo. Tipicamente, o paciente deprimido evita o projecto ou pára de tentar logo que encontra algum obstáculo. Suas crenças e atitudes negativas parecem estar subjacentes a sua tendência a desistir. Os pacientes frequentemente declaram, "É inútil tentar", pois estão convencidos de que irão fracassar. Quando se empenham em actividades orientadas para objectivos, tendem a exagerar as dificuldades e a minimizar sua capacidade de superá-las.

O emprego de tabelas de actividade serve para contrabalançar a perda de motivação, a inactividade e a preocupação do paciente com pensamentos depressivos. A técnica específica de programar o tempo do paciente hora a hora tende a manter um certo ímpeto e a prevenir novos deslizes para a mobilidade. Além disso, o foco em tarefas específicas orientadas para objectivos fornece ao paciente e ao terapeuta dados concretos nos quais é possível fundamentar avaliações realistas da capacidade de funcionamento do paciente.

Da mesma forma que em relação a outras técnicas cognitivas, o terapeuta deve expor a lógica do procedimento ao paciente. Este muitas vezes tem consciência de que a inactividade está associada com uma intensificação de seus sentimentos dolorosos. Em geral, consegue aceitar a ideia de que a inactividade aumenta sua disforia e o remoer de suas ideias.

O terapeuta pode, pelo menos, solicitar ao paciente que participe de um

"experimento" para determinar se a actividade reduz suas preocupações e possivelmente melhora seu ânimo. Terapeuta e paciente determinam actividades específicas e o paciente concorda em observar seus pensamentos e sentimentos

enquanto estiver dedicado a cada tarefa. Em todos os casos difíceis, o terapeuta pode indagar seriamente: "O que você tem a perder se tentar?".

O terapeuta pode optar por fornecer ao paciente uma tabela na qual planeje antecipadamente suas actividades e/ou anule as actividades efectivamente realizadas durante o dia. Uma hierarquia de "tarefas graduadas" deve ser incorporada ao planejamento diário.

O planejamento de actividades específicas em colaboração com o paciente pode ser um passo importante para demonstrar-lhe que ele é capaz de controlar seu tempo. Os pacientes gravemente deprimidos muitas vezes relatam um sentimento de "ir fazendo", no sentido de que não há muito propósito em suas actividades. Ao planejar o dia com o terapeuta, mostram-se muitas vezes capazes de estabelecer objectivos significativos. Mais tarde, o relatório do paciente sobre as actividades efectivas (em comparação às actividades planejadas para o dia) fornece a ele e ao terapeuta um feedback objectivo sobre suas realizações. O relatório também inclui uma referência a auto-avaliações em termos de mestria e prazer no atingimento positivo de metas (vide Figuras 1 e 2).

Pode exigir habilidade do terapeuta conseguir que o paciente fique suficientemente mobilizado com a ideia de desenvolver um programa de actividades, ou mesmo de preencher retrospectivamente sua tabela de actividades. Assim sendo, o terapeuta explica a lógica do processo (por exemplo, que as pessoas geralmente funcionam melhor quando tem um programação), investiga as objecções do paciente e propõe então elaborar uma tabela, como um experimento interessante. Deve-se enfatizar ao paciente que o objectivo imediato é tentar seguir a programação, e não buscar alívio sintomático: o funcionamento aprimorado frequentemente vem antes que o alívio subjectivo se torne aparente.

É importante que o terapeuta frise os seguintes princípios ao paciente antes de utilizar uma tabela para programar actividades diárias:

1. "Ninguém realiza tudo que planeja, portanto não se sinta mal se não concretizar todos os seus planos".

2. "Ao planejar, estabeleça que tipo de actividade você vai realizar, e não quanto irá conseguir. O que você irá conseguir dependerá frequentemente de factores externos além de sua possibilidade de planejamento, tais como interrupções, falhas mecânicas ou a previsão do tempo, assim como de factores subjectivos como a fadiga, a concentração e a motivação, Por exemplo, você diz que gostaria que a casa estivesse mais limpa. Planeje falar trabalhos caseiros durante uma hora determinada todos os dias, digamos, das 10 às 11 da

manhã. O número efectivo de horas de que irá precisar para terminar de limpar a casa poderá ser previsto depois que você tiver seguido a programação por vários dias".

3. "Mesmo que você falhe, certifique-se de lembrar que tentar seguir os planos é

o passo mais importante. Esse passo fornece informações úteis para o estabelecimento do objectivo seguinte".

4. "Reserve um espaço de tempo todas as noites para planejar o dia seguinte; escreva seus planos para cada hora do dia seguinte na tabela".

Esses princípios são importantes, uma vez que se destinam a neutralizar ideias negativas sobre a tentativa de realizar a tarefa de planejamento.

A tabela de actividades serve para estruturar o dia o fornece informações para avaliar as actividades diárias do paciente. Ao formular essa tarefa, o terapeuta estabelece claramente que o objectivo inicial do programa é observar e não avaliar quão bem ou quanto o paciente faz por dia.

A tabela a seguir foi extraída da programação relatada por um paciente masculino deprimido, de 40 anos de idade. O paciente foi solicitado a classificar, numa escala de 0 a 5, o grau de mestria (M) e prazer (P) associa. do a cada actividade.

Segunda-feira

6-7h. / Acordei, fiquei na cama / M: 0 / P: 0
7-8h / Vesti-me, tomei banho / M: 0 / P: 0
8-8:30h / Li o jornal, tomei café / M: 0 / P: 0
8:30.10h / Voltei para a cama, não consegui dormir / M: 0 / P: 0
10-12h / Assisti à televisão / M: 0 / P: 1
12.13h / Paguei contas / M: 0 / P: 0
15h / Recebi visitas de amigos / M: 0 / P: 3
15-16h / Assisti à televisão / M: 0 / M: 0
16-17h / Tentei lavar o carro / M: 0 / P: 0
17-18h / Jantei com a família / M: 0 / P: 1
18-19h / Ajudei minha mulher a lavar os pratos / M: 0 / P: 0

O relatório de actividades diárias forneceu a base para testar a ideia repetitiva trazida pelo paciente de que "Eu não faço nada". Sem esse tipo de comprovação específica, o terapeuta não pode refutar realística e construtivamente a crença do paciente de que ele fez coisas e, ao mesmo tempo, não foi capaz de fazer nada.

A programação de actividades diário também induz o paciente a tomar conhecimento das actividades que trouxeram ao menos um ligeiro alívio dos sentimentos de depressão. No caso citado, o terapeuta indagou, "Você se sentiu melhor ou pior quando estava na cama sem dormir, em compararão com a ocasião em que seus amigos o visitaram?" Para sua sur-

presa, o paciente se deu conta de que as interacções sociais tinham aliviado sua disforia. Assim, com uma programação de actividades e as perguntas associadas do terapeuta, aprendeu que sua depressão de fato flutua dependendo de seu comportamento e de circunstâncias externas. Ideias como "Nada foi nenhuma

diferença" ou "Sinto-me igualmente péssimo o dia inteiro" podem ser alteradas para uma percepção mais razoável, como, "Às vezes consigo fazer alguma coisa que me traga alívio". Mesmo os pacientes mais deprimidos e lentificados parecem sentir-se melhor quando ocupados com alguma actividade - não sendo por outra razão, pelo menos pela distracção que traz. Ademais, ao avaliar o grau de: satisfação associado a cada actividade, o paciente se torna "sensível" a sentimentos de satisfação, tornando-se portanto mais capaz de vivenciar e recordar sensações agradáveis. Essas experiências desdizem sua crença de ser incapaz de experimentar qualquer gratificação, (Para uma elaboração adicional, consultar a sessão sobre Técnicas de Mestra e Prazer.)

Quando o paciente se mostra incapaz de decidir o que programar, o terapeuta lhe sugere vários projectos possíveis que pudesse gostar de realizar (por exemplo, trabalhos domésticos, compras, pagamento de contas etc.). Uma vez que uma tarefa tenha sido seleccionada, um intervalo de tempo é escolhido e os planos programados são anotados no formulário de Programação de Actividades nos horários adequados (por exemplo, limpar a casa de 10 às 11 da manhã às segundas e quartas; uma hora para compras às terças, de 10 às 11 da manhã). Os detalhes objectivos para o cumprimento dos planos são discutidos passo a passo e podem ser facilitados pela técnica de Ensaio Cognitivo, discutida mais adiante neste capítulo. O paciente deve ser encorajado a observar e relatar quaisquer pensamentos negativos que lhe ocorram enquanto procura cumprir a programação. Essas ideias serão trabalhadas da mesma forma que quaisquer outras cognições disfuncionais.

O emprego flexível do princípio da programação de actividades pode ser ilustrado com o exemplo que se segue.

Um paciente deprimido de 42 anos, desempregado, queixou-se de inércia, que definiu como "uma incapacidade para fazer qualquer coisa". Durante a sessão, mencionou uma dificuldade particular em decidir qual tarefa começar, uma vez que, segundo sua descrição, estava sobrecarregado com trabalhos a serem feitos na casa. O terapeuta decidiu usar uma tabela de actividades e partiu com o paciente para planejar um dia "razoável", valendo-se do conceito de tarefas graduadas, além de delinear uma programação hora a hora. Enfatizou o valor de o paciente programar seu dia, para que tivesse um conjunto concreto de orientações. As orientações foram formuladas de modo a que ele não encarasse a tabela como algo que "devia" ser seguido. Da mesma forma que com todas as tarefas comportamentais, o terapeuta investigou as reacções do paciente à programação proposta.

Nesse exemplo, ele se sentiu aliviado por saber que não era esperado que seguisse rigidamente a programação e concordou em tentar realizar cada um dos itens.

Os itens da agenda incluíam levantar-se, tomar banho etc., preparar o café da manhã, examinar o jornal procurando oportunidades de emprego, começar a cortar a grama (ficando a ênfase em iniciar a tarefa, não em completá-la), preparar um

currículo para um emprego e ver televisão. O paciente relatou que a tabela tinha sido extremamente útil, por auxiliar a dividir seu dia em unidades distintas. Continuou a usá-la ao longo da terapia e estabeleceu um sistema de planejar seu dia na noite anterior, uma vez que as manhãs eram para ele as horas mais difíceis para tomar decisões.

O exemplo seguinte demonstra como o terapeuta detectou um sentimento generalizado de desamparo diante de uma tarefa específica – fazer compras, A partir daí, cada problema levantado sobre a tarefa foi especificado, avaliado e respondido. Finalmente, o terapeuta e a paciente elaboraram uma programação para realizar um aspecto do objectivo, admitindo que nem "tudo" poderia ser conseguido numa tentativa.

Uma mulher de 48 anos, gravemente deprimida, mie de cinco filhos, disse: "Não consigo fazer as compras. Não consigo planejar de uma refeição a outra". Suas razões para não ser capaz de fazer compras incluíam: (1) "Meus cinco filhos têm dietas estranhíssimas e não consigo ter todas na memória", (2) "Nunca sei quando meu marido vem para casa, portanto não sei o que comprar", (3) "Esqueço o que queria comprar quando chego à loja".

TERAPEUTA: Se você fizer compras pata os cardápios do dia seguinte, isso lhe pareceria útil?
PACIENTE: Sim, mas houve época em que ou fazia compras por mês.
T: Fazer compras para um dia não é tão "eficiente" como você costumava ser – compreendo isso. Mas ao comparar-se com seu desempenho óptimo, você negligência o valor que fazer ao menos as compras de um dia, actualmente.
P: Isso é verdade. Entendo.
T: Vamos planejar uma hora por dia para as compras. Qual é a melhor hora?
P: Das onze às doze.
T: OK. Vamos marcar "compras" no espaço de 11-12 para os três problemas que você conhece sobre fazer compras: (1) o esquecimento, (2) muitos cardápios individuais e (3) um número imprevisível de pessoas para jantar. Em primeiro lugar, como você resolveria o problema do esquecimento?
P: Tento fazer uma lista de compras.
T: Logo, uma coisa que você precisará fazer é uma lista, durante o período das 11 às 12, todos os dias.
P: Certo.
T: Próximo. Existe algum tipo de comida que todas as várias dietas, tenham em comum?

P: Sim, hamburgers, requeijão e saladas. Mas estou cansada de preparar e comer essas comidas.
T: Mudar as dietas é uma coisa. Fazer compras é outra. Vamos ater-nos às compras,

por enquanto. Passaremos a outros assuntos quando estivermos prontos. (Observação: o terapeuta não fez referência à provável pressuposição da paciente de que ela deveria agradar a todos para ser uma boa mãe. Quando sua depressão se reduziu, essa ideia foi discutida.)
P: OK, eu poderia planejar hamburgers e saladas todos os dias.
T: A seguir, uma vez que você está comprando as mesmas coisas para cada refeição, não importa quantas pessoas estarão jantado todas as noites. Você pode guardar todas as sobras de comida para o dia seguinte.
P: (som) É verdade.
T: Você tem ideias suficientes para programar compras todos os dias por uma hora? Certifique-se de anotar exactamente o que faz durante essa hora, quando ela chegou, e anote quaisquer pensamentos negativos que lhe ocorram enquanto estiver tentando fazer as compras.

TÉCNICAS DE MESTRIA E PRAZER

Alguns pacientes deprimidos empenham-se em actividades, mas extraem delas pouco prazer. Esse malogro em obter gratificação frequentemente resulta de (a) uma tentativa de empenhar-se em actividades que não eram agradáveis mesmo antes do episódio depressivo, ou (b) do predomínio de cognições negativistas que eliminam qualquer sentimento potencial de prazer, ou (c) da desatenção selectiva face às sensações de prazer.

No primeiro caso, os pacientes se voltam para actividades genericamente tediosas, tais como o trabalho doméstico, daí resultando não encontrarem gratificação quando a tarefa é concluída com sucesso. O paciente pode impedir-se de participar em actividades agradáveis ou não recordar, de pronto, actividades que tinham sido agradáveis no passado. O primeiro objectivo do terapeuta é levantar as razões do paciente para não se dedicar a actividades prazerosas. Uma razão do tipo "Não mereço divertir-me por que não realizei nada" é comum ente ouvida dos deprimidos. Para neutralizar essa maneira de pensar, o terapeuta poderia descrever um dos propósitos de aumentar as actividades agradáveis, qual seja, melhorar o ânimo do paciente, ainda que temporariamente.

As actividades com probabilidade de serem agradáveis podem ser avaliadas através da "Reinforcement Survey Schedule" (Cautela e Kastenbaum, 1967) ou da "Pleasant Events Schedule" (MacPhillamy e Lewinsohn, 1971). O terapeuta pode prescrever como tarefa o empreendimento de uma actividade agradável específica por um número determinado de minutos todos os dias, solicitando ao paciente que anote as mudanças de ânimo ou uma diminuição dos pensamentos depressivos associados àquela actividade. Quan-

do o paciente se volta para várias tarefas, é útil pedir-lhe que anote o grau de Mestria

(M) e Prazer (P) associados à actividade recomendada (ver secção sobre O Planejamento de Actividades). O termo Mestria se refere a um sentimento de realização durante o desempenho de uma tarefa específica. Prazer diz respeito aos sentimentos agradáveis associados à actividade. A Mestria e o Prazer podem receber graus numa escala de S pontos em que o represente nenhuma mestria (ou prazer) e o 5 represente mestria (prazer) máxima. Ao utilizar uma escala de graus. o paciente é induzido a admitir sucessivos parciais e pequenos graus de prazer. Essa técnica tende a contradizer seu raciocínio tudo-ou-nada.

É geralmente valioso explicar ao paciente os conceitos de Mestria e Prazer. A "Mestria" pode não estar directamente relacionada à finalização ou à magnitude do trabalho. Os pacientes tendem a comparar quão bem completam a tarefa com seu nível de realizações pré-depressão. Podem dizer. "Que há de tão importante em telefonar para um amigo?", ou "E daí, se eu fizer algum trabalho caseiro? Eu deveria ser capaz de fazer isso. É o que se espera de mim". O terapeuta esclarece ao paciente que os julgamentos sobre seu desempenho actual (grau de mestria) estão logicamente baseados na dificuldade da tarefa em seu estado actual, e não em seu estado ideal: em vista de sua depressão, ele está "carregando nos ombros um fardo de 200kg" ou "arrastando uma âncora pesada"; nesse contexto, atingir mesmo um objectivo mínimo pode ser considerado um grande feito.

O Prazer se refere a sentimentos de deleite, alegria ou divertimento derivados de uma actividade. Em alguns casos, mesmo uma satisfação ligeira que o paciente atribua a seus próprios actos pode contribuir para revigorar seu moral e produzir um sentimento de optimismo.

Assim, a Mestria e o Prazer podem ser totalmente independentes. O paciente deve ser encorajado a encarar qualquer Mestria como um passo adiante, ainda que possa não experimentar nenhum Prazer. O fracasso em atribuir escores de Mestria ou Prazer após ter-se dedicado com sucesso a uma actividade recomendada provavelmente se relaciona com uma interpretação negativa do acontecimento. Por exemplo, um paciente disse que ler o jornal tinha sido agradável no passado e, no entanto, não obtinha com isso qualquer satisfação quando estava deprimido. Uma indagação sobre a perda do prazer trouxe respostas como "Pensei em como perdi meu emprego", ou "O mundo parece estar ruindo em pedaços, a julgar pelas reportagens do jornal". De maneira semelhante, ele não experimenta qualquer sensação de mestria ao lavar o carro. Disse: "Não consegui fazer a banda branca dos pneus ficar limpa", ou "Não tive forças suficientes para limpar o estofamento". Ao focalizar o que não havia realizado, o paciente perdeu de vista o que havia realizado. Cabe ao terapeuta assinalar como esse raciocínio tudo-ou-nada impede o paciente de ter uma perspectiva clara de sua capacidade e realizações actuais.

Assim sendo, a programação de actividades e sua classificação em termos de mestria e prazer fornecem dados com os quais é possível identificar e corrigir as

distorções cognitivas. Ademais, as actividades que já não se constituem em fontes de prazer podem ser isoladas e, após experiências adicionais, substituídas. O exemplo clínico que se segue demonstra como uma tabela de actividades é empregada para identificar e corrigir pensamentos negativos. As prescrições frequentemente elidam padrões absolutistas ou perfeccionistas. Dessa forma, prescrições adicionais são delineadas para investigar e "trabalhar" esses problemas de pensamento.

Enquanto se achava gravemente deprimido, um executivo de 38 anos devolveu sua Programação de Actividades com os seguintes graus de: Mestria e Prazer, atribuídos numa escala de 0 a 5:

Sábado

8-9h / Levantei, vesti-me, tomei o café da manhã / M: 1 / P: 1
9-12h / Forrei a cozinha com papel de parede / M: 0 / P: 0
12-13h / Almocei / M: 0 / P: 0
13-15h / Assisti à TV / M: 0 / P: 0

O relatório indica que, embora o café da manhã tenha trazido alguma satisfação e que o simples levantar-se tenha sido classificado como uma realização, o restante do dia não trouxe qualquer sentimento de prazer ou mestria. Contudo, o paciente efectivamente forrara a cozinha com papel de parede enquanto se achava muito deprimido. Como teria desmerecido essa aparente realização?

TERAPEUTA: Por que você não classificou forrar a cozinha com papel de parede como uma realização?
PACIENTE: Porque as flores não ficaram alinhadas.
T: Você efectivamente terminou o trabalho?
P: Sim.
T: Sua cozinha?
P: Não, Ajudei um vizinho a forrar a cozinha dele.
T: Ele fez a maior parte do trabalho? (Observe-se que o terapeuta indaga acerca de outras razões que justifiquem um sentimento de fracasso, que poderiam não ser fornecidas espontaneamente.)
P: Não. Eu realmente fiz quase tudo. Ele nunca havia forrado parede antes. T: Alguma outra coisa saiu errada? Você espalhou cola por todo lado?
P: Não, não, o único problema foi as flores não ficarem alinhadas.
T: Então, já que não ficou perfeito, você não teve nenhum mérito.

[Observe-se que a crença irracional - "Se não fizer tudo à perfeição, sou inútil, inadequado e um fracasso" - está implícita nesse raciocínio. Entretanto, a correcção dessa suposição será deixada pala uma etapa pos-

terior da terapia, quando o paciente estiver menos deprimido. Por ora, a correcção da distorção cognitiva é o objectivo do terapeuta.

T: Exactamente quão desalinhadas ficaram as flores?
P: (mostra com os dedos uma distância de aproximadamente 1/3 de centímetros): Mais ou menos assim.
T: Em cada tira de papel?
P: Não… em um ou dois pedaços.
T: De um total de quantos?
P: Cerca de 20 a 25.
T: Alguém mais notou?
P: Não. Na verdade, meu vizinho achou que estava óptimo.
T: Sua mulher viu a cozinha?
P: Viu, ela elogiou o trabalho.
T: Era possível ver o defeito se você ficasse um pouco mais longe e olhasse para a parede inteira?
P: Bem… realmente, não.
T: Portanto, você atentou sensitivamente para uma falha real, mas extremamente pequena, em seu esforço de forrar uma parede. Parece lógico que um defeito tão pequeno elimine inteiramente o mérito que por direito lhe cabe?
P: Bem, não ficou tão bom quanto deveria ter ficado.
T: Se seu vizinho tivesse feito um trabalho da mesma qualidade em sua cozinha, o que você diria?
P: … um trabalho muito bom!

O terapeuta reviu, inicialmente, as actividades referidas e procurou identificar aparente discrepâncias entre o que foi realizado entre o que foi realizado (as actividades) e o que foi (sentimentos de mestria e prazer). A seguir, através de um inquérito cuidadoso, buscou as razões da discrepância. Em seguida, extraiu dados para a cognição "As flores não ficaram alinhadas". Os dados foram objectivamente examinados (1) confrontando a avaliação do paciente com outras informações (o paciente fez a maior parte do trabalho, os outros não notaram as falhas etc.) e (2) pedindo ao paciente que examinasse os dados de um ponto de vista objectivo ("O que você diria se outra pessoa forrasse sua cozinha daquela maneira?"). Assim, o paciente começou a perceber sua atenção selectiva para falhas mínimas e a reavaliar os dados reais da situação.

PRESCRIÇÃO DE TAREFAS GRADUADAS

Após completar com sucesso uma série de tarefas, os pacientes deprimidos geralmente experimentam alguma (ainda que transitória) melhora em seu ânimo.

Sentem-se então motivados para abordar tarefas mais difíceis, desde que o terapeuta esteja vigilante para detectar e contrapor-se à inclinação do paciente a depreciar suas realizações.

Um exemplo de Prescrição de Tarefas Graduadas foi descrito por Goldfried (comunicação pessoal, 1974), que chegou independentemente a essa técnica. Curiosamente, sua técnica e a fundamentação lógica em que se baseava eram semelhantes às empregadas por nosso grupo. Por ocasião do tratamento de um paciente externo deprimido, o Dr. Goldfried fez o seguinte relato:

Trabalhando com o pressuposto de que a depressão podia ser entendida como uma incapacidade, percebida pela paciente, para contraiu seu meio, prescrevi-lhe algumas tarefas específicas, tais como fazer as camas, vestir-se pela manhã e arrumar os cómodos da casa, para demonstrar-lhe que ela podia, de fato, controlar o mundo a sua volta. A medida que se tomou mais apta nessas tarefas de nível baixo, foram-lhe prescritas tarefas mais complexas. Como parte importante do tratamento, eu a fazia continuamente parar para aliviar seu desempenho e, particularmente, observar como as modificações que estavam ocorrendo em sua vida resultavam de seus próprios esforços.

As principais características da Prescrição de Tarefas Graduadas são:

1. Definição do problema - por exemplo, a crença do paciente de que não é capaz de atingir as metas que lhe são importantes,
2. Formulação de um projecto, Atribuição de tarefas (ou actividades) passo a passo, das mais simples às mais complexas.
3. Observação imediata e directa, pelo paciente, de estar conseguindo atingir um objectivo específico (desempenhar uma tarefa que lhe foi prescrita). O feedback concreto contínuo fornece ao paciente novas informações correctivas sobre sua capacidade funcional.
4. Discussão das dúvidas do paciente, suas reacções cépticas e seu desmerecimento das realizações pessoais.
5. Encorajamento da avaliação realista do paciente sobre seu desempenho real.
6. Ênfase no fato de que o paciente atingiu o objectivo como resultado de seu próprio esforço e habilidade.
7. Planejamento de tarefas novas e mais complexas, em colaboração com o paciente.

O emprego de tarefas graduadas pode ser ilustrado no seguinte caso:

O terapeuta visitou uma paciente de 40 anos em seu primeiro dia de hospitalização. Em vez de seguir as instruções bastante vagas do pessoal de

sua ala para envolver-se nas actividades ali existentes, ela estava deitada na cama

remoendo seus problemas e "sentindo-se desgraçada". Não acreditava que pudesse obter satisfação do que quer que fosse.

O terapeuta pôde verificar que, no passado, ela havia gostado de ler. Ela, entretanto, afirmou: "Não tenho conseguido ler uma só manchete de jornal nos últimos dois meses". A despeito de suas dúvidas acerca de conseguir concentrar-se. Mostrou-se disposta a fazer um esforço para ler algumas linhas. O terapeuta escolheu a história mais curta de uma colecção da biblioteca e imitou-a a ler enquanto estava com ele. Ela afirmou: "Sei que não vou conseguir ler", Ele retrucou: "Bem, tente ler o primeiro parágrafo em voz alta". Ela respondeu: "Talvez eu seja capaz de articular as palavras, mas não vou conseguir concentrar-me". Ele sugeriu então: "Veja se você pode ler a primeira frase".

Ela leu a primeira frase em voz alta e continuou até haver terminado o parágrafo, Ele lhe pediu que lesse um pouco mais, mas que tentasse ler para si mesma. Ela ficou gradativamente absorta com o conto e progrediu espontaneamente até a página seguinte. Ele lhe pediu que continuasse lendo e disse que voltaria mais tarde. Aproximadamente uma hora depois, o terapeuta recebeu um telefonema do residente psiquiátrico, que comentou: "Acabei de ver a paciente que você diz estar deprimida". Quando voltou a ala, o terapeuta observou que sua depressão tinha realmente diminuído (temporariamente). Encorajou-a a estabelecer um regime de leitura de contos progressivamente mais longos; ao final da semana, ela estava lendo um longo romance. Num prazo de dez dias a contar de sua admissão e com tratamento contínuo, ela ficou bem o bastante para voltar para casa.

Como se acha ilustrado nesse exemplo, o terapeuta deve investigar as reacções do paciente quanto a empreender um projecto simples. Na grande maioria das vezes, as ideias do paciente se centram numa crença de que não pode fazer nada ou de que não pode desempenhar aquela tarefa específica, é importante que o terapeuta fraccione uma tarefa grande em pequenas partes ou etapas, começando então com uma primeira etapa relativamente simples, que esteja razoavelmente seguro de que o paciente pode completar. A medida que o paciente encerra cada etapa, passa para a parte seguinte. Depois de ver completadas com sucesso algumas tarefas durante a sessão terapêutica, o terapeuta sugere "tarefas para casa", Essas tarefas progridem passo a passo, por exemplo, de cozinhar um ovo até o objectivo final de preparar uma refeição.

O terapeuta deve ter cuidado de estabelecer objectivos modestos, a fim de evitar a grande tendência do paciente a desistir, em função de sua opinião automática: "Não vou conseguir". Depois de uma tentativa que obtenha sucesso, o terapeuta discute a realização com o paciente e procura dar-lhe lima oportunidade de assimilar seu sucesso. Após essa experiência, o paciente, o paciente se sente em geral motivado para a etapa seguinte, mas ainda tem

que lutar contra a resistência causada pela autodesconfiança e ceticismo. Os sucessos repetidos geralmente minam a crença do paciente de que "Não vou conseguir". À

medida que continua a dominar cada problema, as atitudes do tipo "Não consigo fazer nada" ou "É tudo sem sentido" vão-se dissipando gradativamente.
Uma Prescrição de Tarefas Graduadas mal concebida tende a resultar em fracasso e a usá-lo para confirmar sua atitude de que "Não consigo fazer nada". Por essa razão, um exercício preliminar para o desempenho de tarefas graduadas pode ser empregado na sessão terapêutica, sendo as tarefas graduadas posteriormente prescritas como trabalho de casa. Cabe ao terapeuta formular a tarefa de tal forma que seja evitado o aparecimento de um fracasso. Por exemplo, se o terapeuta suspeita da probabilidade de um paciente não ter sucesso numa tarefa, deve fraccioná-la em etapas menores, mais facilmente realizáveis. Inicialmente, deve sugerir que ambos procurem determinar quanto o paciente pode fazer: "Mesmo que você tão chegue muito longe, isso nos dará informações importantes". Dessa forma, mesmo um "fracasso" pode ser usado de maneira positiva pelo terapeuta, ou seja, como fonte de dados para a concepção de outros projectos.

Uma importante fonte de erros no emprego da Prescrição de Tarefas Graduadas consiste no malogro do terapeuta em verificar com o paciente sua própria avaliação, ou seja, quão bem ele pensou ter-se saído em sua tarefa. Embora os pacientes deprimidos tendam a sair-se melhor do que o esperado, são também propensos a desmerecer sua realização uma vez que a tarefa tenha sido completada. Um paciente pode achar, por exemplo: "Eu teria feito isso na metade do tempo antes de ficar deprimido", ou "É claro que consegui isso, mas continuo deprimido".

É fundamental eliciar esses desmentidos e qualificativos do paciente e fornecer-lhes respostas razoáveis. Por exemplo, em resposta à primeira objecção, o terapeuta poderia dizer, "A questão que testamos através da tarefa foi se você podia chegar a executá-la. Você previu que não poderia. No entanto, você na realidade a realizou. Você perdeu de vista o propósito original do projecto ao observar que não a executou com eficiência máxima. Essa é uma questão complementamente diferente". O terapeuta poderia responder à outra objecção com a explicação. "O projecto não se destinava a avaliar sua depressão. Consistia em verificar se sua previsão de que não era capaz de realizá-la estava certa. Você acredita agora que sua previsão estivesse correcta?... Não esperamos alívio de sua depressão até que tenhamos terminado uma série de etapas. Entretanto, seu ânimo de facto se modifica, dependendo de você achar que pode influir sobre seus sentimentos de depressão através do desempenho de uma tarefa, avaliando então seu sucesso com exactidão".

ENSAIO COGNITIVO

Uma das dificuldades presentes no tratamento de pacientes depressivos é o facto de que, uma vez deprimidos, eles encontram dificuldade em desincumbir-se de tarefas bem conhecidas. Vários factores psicológicos podem embaraçar seu repertório comportamental normal. A dificuldade de concentração pode impedir a formulação ou

execução de comportamentos normalmente automáticos ou habituais. Uma dona-de-casa andar a esmo até a cozinha para buscar um copo de água e esquecer-se do que a levou até lá. Seu problema não terá sido amnésia, mas um remoer obsessivo de pensamentos; ela simplesmente não consegue concentrar sua atenção no objectivo de sua caminhada até a cozinha. Esse tipo de experiência desagradável intensifica sua crença de que há algo seriamente errado com sua mente.

A expressão "ensaio cognitivo" refere-se à técnica de solicitar ao paciente que imagine cada etapa sucessiva na sequência que conduz à execução total de uma tarefa. Esse procedimento força o paciente a prestar atenção nos dela lhes essenciais das actividades e neutraliza a tendência de sua mente a vaguear. Ademais, ensaiando a sequência de etapas o paciente dispõe de um sistema pré-programado para desincumbir-se da tarefa.

Outro objectivo do ensaio cognitivo é a identificação de "bloqueios" potenciais (cognitivos, comportamentais ou ambientais) que possam impedir a consecução do trabalho. O plano central do terapeuta consiste em identificar e desenvolver soluções para esses problemas antes que produzam uma indesejável experiência de fracasso. Curiosamente, alguns pacientes relatam sentir-se melhor simplesmente como resultado da consecução imaginária da tarefa prescrita.

A identificação das barreiras psicológicas através do ensaio cognitivo pode ser ilustrada no exemplo seguinte.

A paciente era uma jovem solteira de 24 anos, desempregada, que, depois de alguma discussão, concordou em tentar comparecer a suas aulas de ginástica negligenciadas.

TERAPEUTA: Então você concorda que seria uma ideia ir a uma aula de ginástica.
PACIENTE: Sim, sempre me sinto melhor depois delas.
T: OK, gostaríamos que você usasse sua imaginação e executasse cada etapa compreendida no projecto de ir à aula.
P: Bem, simplesmente terei que ir como sempre fui.
T: Acho que precisamos ser mais explícitos. Sabemos que você decidiu ir à aula antes, mas em cada uma das vezes se deparou com obstáculos. Vamos examinar cada etapa e ver o que poderia interferir com sua ida à aula. Gostaria que você revisse todas as etapas necessárias para chegar a sua aula. Imagine-se executando cada etapa e diga-me quais são elas.

P: OK, entendo o que você quer dizer.
T: A aula começa às 9 horas. A que horas deveríamos começar?
P: Mais ou menos às 7.30. Acordarei com o despertador e provavelmente me sentirei péssima. Sempre detesto começar o dia.
T: Como é que você pode falar com esse problema?
P: Bem, é por isso que me darei algum tempo a mais. Começarei por me vestir e tomar

o café da manhã. Aí, apanho meu equipamento… (pausa) … Ah, espere, não tenho um "short" para vestir. Isso é um obstáculo.
T: O que você pode fazer para solucionar esse problema?
P: Bom, posso sair e comprar um.
T: Você pode visualizar isso? O que vem depois?
P: Vejo-me pronta para sair, mas o carro não está lá.
T: O que é que você pode fazer quanto a isso?
P: Vou pedir a meu marido que traga o carro cedo.
T: O que você vê a seguir?
P: Estou dirigindo para a aula e decido fazer a volta e voltar para casa.
T: Por quê?
P: Porque acho que vou parecer ridícula.
T: Qual é a resposta a isso?
P: Bem; na verdade as outras pessoas só estão interessadas na ginástica, e não na aparência de ninguém.

[Ao preparar-se com técnicas para lidar com cada um daqueles "obstáculos", a paciente pôde comparecer à aula – na fantasia. Foi então solicitada a ensaiar novamente toda a sequência e, dessa vez, pôde imaginar as várias etapas, sem a interferência de quaisquer cognições. Posteriormente, foi de facto à aula e não experimentou quaisquer dificuldades. Na eventualidade de que efectivamente surgissem problemas inesperados, ela havia recebido instruções para anotá-los, tentar contorná-los de imediato e discuti-lo na sessão seguinte.]

TREINAMENTO DE AUTO-AFIRMAÇÃO E REPRESENTAÇÃO DE PAPÉIS

Os procedimentos que constituem a base do treinamento de auto-afirmação já foram bem documentados. De modo geral, o treinamento centra-se em habilidades específicas e inclui técnicas como modelagem, preparação e ensaio comportamental. A eficácia desse conjunto terapêutico e o valor relativo de seus componentes já foram objecto de um trabalho (McFall e Twentyman, 1973).

A representação de papéis envolve simplesmente a adopção de um papel pelo terapeuta, pelo paciente ou por ambos, assim como a subsequente interacção social baseada no papel atribuído. O treinamento de

auto-afirmação e o desempenho de papéis podem ser eficazmente empregados no tratamento de pacientes deprimidos. Da mesma forma que com outras técnicas de foco comportamental, o terapeuta procura esclarecer as cognições autodepreciadoras ou que causem interferência. O desempenho de papéis pode ainda ser utilizado para demonstrar ao paciente um ponto de vista alternativo, ou para elucidar melhor os factores que interferem na expressão emocional adequada, (Para obter uma lista desses

factores cognitivos, consultar Wolfe e Fodor, 1975).

Uma paciente de 20 anos relatou uma "experiência humilhante", na qual havia ficado desconcertada ao comprar roupas numa grande loja. Estava preocupada com a ideia de que sua compra talvez não tivesse sido adequada e de que houvesse dado à vendedora menos dinheiro do que o solicitado. Quando a vendedora pediu mais dinheiro, a paciente concluiu: "Ela deve achar que sou uma idiota. Sou tão desajeitada e inepta." O terapeuta solicitou à paciente que assumisse o papel da vendedora e tirasse algumas conclusões de suas observações.

PACIENTE: (no papel da vendedora) Bem, estou vendo uma mulher evidentemente agitada e embaraçada por ter-me dado a quantia errada. Tentaria consolá-la dizendo: "Todo mundo comete erros."
TERAPEUTA: Você acha possível que a vendedora também tenha chegado a uma conclusão semelhante, excepto que não a consolou?
P: Bem, se ela tivesse tentado consolar-me, eu teria ficado chocada. Não, ela não podia ser tão compreensiva." Eu sei o que é ser pateta, logo, posso me colocar no lugar da outra pessoa.
T: E que provas você tem de que a vendedora não compreendeu seu engano? Ela fez algum comentário? Agiu como se estivesse aborrecida?
P: Não, na verdade ela foi muito paciente. Até sorriu, mas isso fez com que eu me sentisse ainda mais tola.
T: Bem, sem muitos dados é difícil extrair conclusões definitivas sobra as reacções dela. Sendo assim, vamos trabalhar com sua tendência a ver-se como uma tola quando comete erros. Mais tarde podemos ensaiar como você poderia ter retrucado caso ela a houvesse censurado.

O desempenho de papéis pode ser empregado de maneira semelhante para eliciar uma resposta de "auto-simpatia" no paciente. O terapeuta pode assumir o papel do paciente, numa tentativa de transformar o esquema cognitivo autocrítico dele num esquema compreensivo. É comum aos pacientes deprimidos serem mais exigentes e críticos a respeito de si mesmos do que a respeito de outros em situação idêntica.

Um dos aspectos essenciais da terapia cognitiva é a avaliação das cognições que podem interferir no desempenho comportamental. Alguns pacientes deprimidos se portam timidamente, em função de suas crenças negativistas e não como resultado de uma deficiência nas aptidões comportamentais.

Um paciente deprimido de 29 anos havia retornado à universidade após um período de dez anos, durante o qual trabalhara como empregado de uma fábrica. Chegou a uma das sessões terapêuticas particularmente perturbado pelo comportamento de seu parceiro no laboratório de química, um rapaz de 20 anos. O estudante mais jovem sistematicamente deixava sujo e desarrumado o equipamento comum aos dois, daí

resultando que o paciente perdia tempo todas as semanas limpando o equipamento. O paciente delineou claramente uma forma de discutir o problema com seu parceiro de laboratório, porém mudava de ideia todas as vezes que estava prestes a defrontar-se com ele. O terapeuta acompanhou as cognições do paciente relacionadas a suas tentativas de auto-afirmação.

PACIENTE: Bem, embora eu saiba o que dizer e quando dizê-lo, sempre fico pensando, "Ele vai-me achar supermeticuloso."
TERAPEUTA: E que significaria para ele você ser supermeticuloso?
P: Ele me consideraria um tipo rígido e conservador.
T: Você é "um tipo rígido e conservador"?
P: Não. Sabe de uma coisa? Fico preocupado com a ideia de que ele se revolte, e aí eu estaria causando ainda mais problemas.

A partir desse ponto, ficou evidente que o paciente não se comportava de maneira mais positiva em vista de seu desejo de evitar "criar problemas", em particular porque era "consideravelmente mais velho". Sua falta de afirmação resultava numa preocupação adicional sobre sua decisão de voltar à universidade. Quando o terapeuta e o paciente puderam relacionar os "prós e contras" de um comportamento afirmativo naquela circunstância, o paciente decidiu falar com o outro estudante e não teve dificuldade em conseguir seu objectivo.

Esse exemplo ilustra a importância vital das cognições negativas de um indivíduo no sentido de interferirem em seu comportamento autoafirmativo.

TÉCNICAS COMPORTAMENTAIS: SUA LÓGICA E SEU MOMENTO

É extremamente importante que o paciente compreenda a lógica das várias tarefas comportamentais. O terapeuta encontra nos pacientes deprimidos um desafio considerável, uma vez que eles são propensos a distorcer post facto o objectivo das tarefas. É responsabilidade do terapeuta assegurar-se de que do paciente interprete os resultados de uma tarefa dentro dos limites do objectivo inicial. Esse objectivo inicial, portanto, deve ficar claro desde o princípio.

Uma estratégia útil para avaliar a compreensão do paciente sobre uma tarefa é o emprego da reversão de papéis (o paciente assume o papel do terapeuta). Assim, o paciente pode rever as razões para a tarefa (por exemplo, a anotação de actividades diárias) e o terapeuta pode corrigir, subsequentemente, quaisquer concepções erróneas.

Ao delinear uma tarefas comportamental, o terapeuta precisa evitar declarações de ordem genérica que possam implicar que a consecução de uma dada tarefa levara o paciente a sentir-se melhor. Basta ao terapeuta salientar, simplesmente, que o paciente

está "caminhando na direcção certa". As expectativas positivas do paciente são, evidentemente, úteis, porém ele deve ser desviado das avaliações absolutistas ("tudo-ou-nada") dos resultados de qualquer tarefa específica.

Observação: A utilização de um "outro significativo" (cônjuge, outro parente ou amigo íntimo) representa, muitas vezes, uma grande ajuda no estabelecimento e implementação de tarefas comportamentais. Além de estimular o paciente a iniciar e completar projectos, o outro significativo pode prover um feedback valioso tanto para o paciente quanto para o terapeuta.

Alguns pacientes reagem ao sucesso numa tarefa comportamental aumentando de maneira impressionante sua actividade. Embora esse resultado seja geralmente desejável, o paciente pode exceder-se a ponto de fracassar, ou experimentar ansiedade no empreendimento de novos projectos antes de estar preparado para eles. Aqui pode tornar-se aconselhável lembrar que os objectivos iniciais da terapia compreendem a testagem de ideias negativistas e o aumento gradual da actividade, e não a consecução de grandes realizações.

Como se observou anteriormente, a maioria das técnicas comportamentais é empregada nas sessões iniciais da terapia. Os alvos apropriados incluem a passividade, a evitação, a falta de gratificação e a incapacidade para expressar emoções adequadas (tais como raiva e tristeza). Embora esses sintomas possam evidenciar-se numa multiplicidade de pacientes depressivos, ou; técnicas comportamentais são claramente indicadas para pacientes gravemente deprimidos. Um indivíduo atingido por uma depressão grave comummente encontra grande dificuldade em concentrar-se em conceituações mais abstractas. A abrangência de sua atenção pode limitar-se a sugestões concretas e bem definitivas. Descobertas de pesquisas feitas nessa área sugerem que as experiências de "sucesso" em tarefas comportamentais concretas são mais eficazes para romper o círculo vicioso da desmoralização, passividade e evitação, assim como da autodepreciação.

As tarefas para casa também precisam ser graduadas de acordo com o nível de entendimento do paciente. De modo geral, não se solicitam tarefas de casa nos estágios iniciais do tratamento, até que o paciente complete alguma forma da tarefa durante uma sessão. Obviamente, é impossível

ater-se de modo absoluto a essa regra, uma vez que muitas tarefas exigem que o paciente esteja em seu ambiente natural. Apesar disso, o ensaio cognitivo e as conversas telefónicas entre o terapeuta e o paciente podem contornar muitos problemas. Temos constatado que a concordância em telefonar para o terapeuta quando o paciente fica "emperrado" na execução de uma tarefa pode ser um grande auxílio. Essa prática permite ao paciente identificar e dominar seus problemas em "situações de vida real", além de motivá-lo a prosseguir com suas prescrições de tarefas. Relatar ao terapeuta por telefone a consecução de uma série de tarefas também dá ao paciente uma grande motivação para desincumbir-se dos projectas.

Uma vez que o paciente haja compreendido a lógica e o emprego das técnicas comportamentais, a terapia passa a abordagem mais "puramente" cognitivas. Se reapareceram sintomas ou problemas comportamentais, o paciente pode precisar de um "curso de reciclagem", ou simplesmente restabelecer as técnicas comportamentais. Em ocasiões de tensão, muitos ex-pacientes retornam à programação ou à anotação de actividades. Visto que as técnicas já terão sido dominadas, podem ser usadas com facilidade para prevenir recaídas incipientes.

Em resumo, as técnicas comportamentais são úteis na medida em que aprimoram o nível de funcionamento, neutralizam o pensamento obsessivo, modificam atitudes disfuncionais e trazem um sentimento de gratificação. Pela observação de mudanças em seu próprio comportamento, o paciente pode tornar-se mais acessível ao exame de seu autoconceito negativo. Uma melhora nesse autoconceito negativo conduz, consequentemente, a uma motivação mais espontânea e a melhoras no ânimo.

capítulo 8
TÉCNICAS COGNITIVAS

A LÓGICA DAS TÉCNICAS COGNITIVAS

Como se fez ver anteriormente, o terapeuta novato deve ter conhecimento do facto de que muitos pacientes deprimidos estão tão preocupados com pensamentos negativos que uma introspecção adicional pode agravar a ideação perseverativa. À medida que o paciente começa a envolver-se com actividades mais construtivos, orientadas para objectivos, modificando assim as estimativas negativistas de suas habilidades, o terapeuta pode enfocar directamente os componentes cognitivos de sua depressão. Naturalmente, se um paciente se mostra acessível ao exame de seus pensamentos, desejos e sentimentos ao início do tratamento, essas técnicas introspectivas podem ser empregadas de imediato, retirando-se a ênfase das estratégias comportamentais, Essas técnicas cognitivas devem ser utilizadas bem cedo no tratamento de pacientes suicidas. Muitos ou a maioria dos pacientes mais deprimidos clinicamente requerem uma combinação de técnicas comportamentais e cognitivas.

As técnicas cognitivas específicas têm por objectivo fornecer portas de entrada para a organização cognitiva do paciente. As técnicas de questionário, identificação do pensamento ilógico e determinação das regras de acordo com as quais o paciente organiza a realidade são empregadas para ajudar tanto o terapeuta quanto o paciente a compreenderem a construção da realidade feita pelo paciente. Uma vez que as perguntas do terapeuta e outras técnicas verbais derivam de sua própria teoria, ele deve manter-se particularmente vigilante com relação a "colocar ideias na cabeça do paciente". O terapeuta deve ter consciência de suas perguntas indutoras, da sugestionabilidade do paciente e de seu desejo de agradar ao terapeuta, fornecendo as respostas que acredita estarem sendo buscadas.

145

146

Uma vez que existe mais intercâmbio verbal na "fase cognitiva" do tratamento, esse aspecto da terapia tende a ser muito mais próximo de um empreendimento comum do que a fase anterior, que enfatiza técnicas comportamentais. Embora o terapeuta possa dar início ao espírito de colaboração durante a fase comportamental, é frequentemente impelido a assumir uma postura inversa, devido à inércia e indecisão do paciente em suas fases mais depressivas.

Ao empregar técnicas cognitivas específicas na terapia, é importante que o terapeuta trabalhe dentro do enquadre do modelo cognitivo da depressão. Como se acha assinalado no Capitulo 1, a concepção reducionista da terapia cognitiva encara essa abordagem como uma série padronizada de passos executados ao estilo de uma valsa ou tango. Na realidade, a terapia cognitiva é um sistema amplo, interessado em fornecer procedimentos específicos para identificar e modificar o "paradigma pessoal" do paciente. Assim, uma parte crucial da terapia consiste na obtenção de informações adequadas pelo terapeuta, a fim de que possa penetrar no mundo do paciente e vivenciar a maneira pela qual ele organiza a realidade. É preciso envolver-se com os conceitos idiossincráticos do paciente - os padrões cognitivos específicos que conduzem à sua depressão ou que a mantêm.

A exploração conjunta da vida íntima do paciente frequentemente gera um espírito de aventura, e a descoberta, pelo paciente, de sua construção peculiar da realidade, motiva-o em geral a focalizar mais directamente os fatos reais e os significados que atribui a eles. Pela descoberta dos significados erróneos que vinha atribuindo a suas experiências, a vida pode assumir um "novo sentido" - orientado para a realidade e aberto aos tipos de satisfação e objectivos que procura. Ele pode definir claramente os obstáculos reais que o impedem de atingir suas principais metas e fontes de satisfação, desenvolvendo métodos para superar ou contornar esses bloqueios.

EXPLICANDO A LÓGICA AO PACIENTE

Em primeiro lugar, o terapeuta revê a tentativa do paciente de definir e solucionar seus problemas psicológicos. Para alterar a ideação disfuncional ou distorcida associada às áreas problemáticas, o terapeuta explica resumidamente o modelo cognitivo da depressão. Essas explicações incluem a íntima relação entre a maneira como uma pessoa pensa a seu respeito, seu ambiente e seu futuro (a tríade cognitiva) e seus sentimentos, motivações e comportamentos, O terapeuta delineia o efeito negativo que pode ter a relação autodepreciadora nos sentimentos e comportamentos do paciente. Entretanto, dizer-lhe que ele "pensa irracionalmente" pode ser prejudicial.

147

Os pacientes deprimidos acreditam fervorosamente estarem vendo as coisas "como realmente são". Pelo contrário, o terapeuta fornece ao paciente comprovações de que seu modo de pensar contribui para sua depressão e de que suas observações e conclusões podem ser "inexactas" (ao invés de "irracionais"). O terapeuta pode assinalar, por exemplo, que, quando são possíveis muitas interpretações de um facto, o paciente persistentemente selecciona a mais negativa. Os métodos específicos para fornecer provas dessas tendências serão descritos mais adiante neste capítulo,

A ideia principal que o terapeuta tem a comunicar é que eles (paciente e terapeuta) irão trabalhar como colaboradores científicos, que "investigarão" o conteúdo dos pensamentos do paciente. Em seu trabalho conjunto, a definição das informações cruciais a serem obtidas e investigadas pelos colaboradores é fundamental. A informação central necessária à terapia cognitiva é a compreensão (ou má compreensão) do paciente, assim como sua interpretação dos fatos de sua vida.

A investigação do pensamento do paciente se baseia em duas premissas. Primeiramente, os pacientes deprimidos pensam de maneira idiossincrática (ou seja, têm uma tendenciosidade negativa sistemática em sua forma de encarar a si mesmos, seu mundo e seu futuro). Em segundo lugar, a maneira pela qual o paciente interpreta os acontecimentos mantém sua depressão.

Como se afirmou anteriormente. a estratégia típica adoptada pelo terapeuta cognitivo é a eliciação das ideias do paciente acerca da natureza de seus problemas, ao invés do fornecimento de interpretações ou explicações. O terapeuta procura compreender o que o paciente considera serem os fatos mais essenciais que o mantém deprimido.

O conhecimento das expectativas do paciente em relação ao tratamento (por exemplo, o que irá acontecer, quais seriam os objectivos razoáveis, qual será o resultado) é essencial ao tratamento. Para ilustrar esse ponto, um de nós (B.F.S.) teve uma paciente que indicou ter estado em tratamento anteriormente e disse que sua depressão era causada por anormalidades bioquímicas. Antes de seu encaminhamento, ela havia feito tentativas com três produtos antidepressivos diferentes, sem efeito clínico significativo. No caso em questão, a paciente se mostrava convencida de que sua depressão era intratável por qualquer método. Consequentemente, pediu informações específicas sobre terapia "da fala" (entrevistas), em quê divergia da quimioterapia, qual sua base teórica e quais as suas implicações e a probabilidade de melhora.

De modo semelhante, um paciente que esteja convencido de estar deprimido, simplesmente em vista de suas experiências infantis, e que acredite ser necessário relembrar, "reviver" e analisar fatos significativos da infância precisa ser orientado quanto à lógica da terapia cognitiva. De outra forma, poderá concluir que a terapia cognitiva, com seu foco no

aqui e agora, e simplesmente uma abordagem "de primeiros socorros". Num caso

como esse, pode ser útil ao terapeuta discutir o facto de que é possível modificar um padrão de pensamento ou comportamento sem identificar a causa e a evolução do aprendizado anterior.

Uma analogia poderia ter algum valor para ilustrar esse ponto: por exemplo, se uma pessoa tiver aprendido a utilizar uma fala curta, impregnada de gírias e gramaticalmente incorrecta, não seria necessário rever suas experiências passadas com a gramática. Em vez disso, ela necessitaria de treinamento específico, incluindo a correcção de seus erros e uma especificação de formulações aceitáveis. Por vezes, no entanto, pode ser útil revisar experiências anteriores de aprendizado para demonstrar ao paciente que ele está interpretando os fatos da vida inapropriadamente.

Um método para avaliar as percepções do paciente acerca da terapia, ao mesmo tempo em que lhe é fornecido um modelo conceitual da terapia cognitiva, consiste em pedir-lhe que leia uma introdução a essa abordagem, tal como Coping with depression ou Cognitive therapy and the emotional disorders. O terapeuta pode orientar seu paciente no sentido de assinalar as áreas que considera relevantes em seu caso. Em particular, cabe ao terapeuta permanecer vigilante para determinar se o paciente compreende os conceitos de pensamento distorcido na depressão e a relação entre o pensamento e os demais sintomas da depressão,

Um exemplo de exploração do significado dos factos é fornecido pelo seguinte diálogo com um estudante de pós-graduação de 26 anos, com uma história de depressão reincidente há quatro meses:

PACIENTE: Concordo com as descrições a meu respeito, mas acho que não concordo em que minha maneira de pensar me torne deprimido.
TERAPEUTA: Como você entende isso?
P: Fico deprimido quando as coisas saem erradas. Como quando não passo num exame.
T: De que maneira não passar um exame pode torná-lo deprimido?
P: Bem, se eu não passar, jamais estarei na pós-graduação de Direito.
T: Portanto, fracassar no exame significa muito para você. Mas se não passar num exame pudesse levar as pessoas à depressão clínica, você não esperaria que todos que não passassem no exame sofressem uma depressão?... Será que rodas as pessoas que não passaram ficaram suficientemente deprimidas para precisar de tratamento?
P: Não, mas isso depende de quão importante fosse o exame para aquela pessoa.

T: Certo, e quem decide sobre essa importância?
P: Eu.
T: Então, o que temos que examinar é sua maneira de encarar o exame (ou a maneira como você pensa sobre o exame) e de que forma isso influi sobre suas possibilidades de ingressar na Faculdade de Direito. Concorda?
P: Certo.

T: Concorda em que sua maneira de interpretar os resultados irá influir sobre você? Poderia sentir-se deprimido, poderia ter problemas para dormir, poderia perder o apetite e poderia você até considerar se não deveria abandonar o curso.
P: Eu vinha pensando que não iria conseguir. É, concordo.
T: Agora, o que significou não passar.
P: (lacrimejante) Que eu não poderia entrar na Faculdade de Direito.
T: E o que significa isso para você:
P: Significa que simplesmente não sou inteligente o bastante.
T: Alguma outra coisa?
P: Que jamais serei feliz.
T: E de que maneira esses pensamentos fazem com que você se sinta?
P: Muito infeliz.
T: Portanto, é o significado de não passar num exame que o torna muito infeliz. Na verdade, acreditar que você jamais será feliz é um factor poderoso na produção da infelicidade. Assim, você se coloca numa armadilha – por definição, não conseguir ingressar na Faculdade de Direito equivale a "Jamais serei feliz".

O estágio mais crítico da terapia cognitiva envolve o treinamento do paciente para observar e anotar suas cognições. Obviamente, sem um acordo sobre os dados relevantes a serem estudados, a comunicação terapêutica significativa ficará limitada. O treinamento na observação o anotação de cognições torna o paciente consciente da ocorrência de imagens e autoverbalizações ("corrente de pensamento"), O terapeuta treina o paciente a identificar cognições distorcidas e disfuncionais. O paciente pode precisar aprender a discriminar entre seus próprios pensamentos e os factos reais. Precisará também compreender a relação entre suas cognições, seus afectos, seus comportamentos e os factos ambientais.

Treinar o paciente a observar e anotar suas cognições pode ser conseguido da melhor forma através de várias etapas: (1) Definir "pensamento automático" (cognição); (2) demonstrar a relação entre cognição e afecto (ou comportamento), utilizando exemplos específicos; (3) demonstrar a presença de cognições na experiência recente do paciente; (4) prescrever ao paciente, como tarefa para casa, a colecta de cognições, e (5) rever as anotações do paciente e fornecer um feedback concreto.

O terapeuta pode definir uma cognição como "um pensamento ou imagem visual do qual você pode não tomar consciência, a menos que focalize nele sua atenção". Caracteristicamente, uma cognição é uma avaliação de factos a partir de qualquer perspectiva temporal (passada, presente ou futuro). As cognições típicas observadas na depressão e em outros distúrbios clínicos são frequentemente descritas como "pensamentos automáticos", parte de um padrão habitual de pensamento. Excepto em algumas situações bem definidas (como a tentativa do artista ou do poeta no sentido

de ampliar o domínio da realidade), as cognições são geralmente percebidas do indivíduo como representações factuais da realidade e, portanto, tendem a merecer crédito. Uma vez que suas cognições são habituais, automáticas e dignas de crédito, o indivíduo raramente estima sua validade. Assim, não é incomum que o paciente depressivo se mostre oprimido por perguntas retóricas (por exemplo, "Por que sou tão fraco?", "Por que sou uma pessoa tão incompetente?") ou por imagens visuais desagradáveis (Por exemplo, "vejo-me parecido com um porco feio"). Ele presume ser fraco, inepto ou feio e se pergunta por que foi castigado dessa maneira.

A INFLUÊNCIA DAS COGNIÇÕES NO AFECTO E NO COMPORTAMENTO

Existem diversos métodos para demonstrar a relação entre o pensar, o sentir e o comportar-se. Muitos pacientes podem observar-se através de uma situação específica que não os envolva pessoalmente. Uma situação típica é apresentada no seguinte diálogo entre um terapeuta e um paciente deprimido de 43 anos:

TERAPEUTA: A maneira como uma pessoa pensa acerca dos factos ou os interpreta afecta o seu modo de sentir e comportar-se. Por exemplo, digamos que alguém estivesse sozinho em casa uma noite e ouvisse um ruído em outro cómodo. Se ele pensar, "Há um ladrão no quarto", como você acha que ele se sentiria?
PACIENTE: Muito ansioso, aterrorizado.
T: e como poderia comportar-se?
P: Poderia tentar esconder-se ou, se fosse esperto, telefonaria para a polícia.
T: O.K., portanto, em resposta à ideia de que um ladrão teria feito o barulho, a pessoa provavelmente se sentiria ansiosa e se portaria de modo a proteger-se. Agora digamos que ele ouvisse o mesmo ruído e pensasse, "As janelas ficaram abertas e o vento derrubou alguma coisa". Como se sentiria?
P: Bem, não sentiria medo. Poderia ficar triste se pensasse que alguma coisa de valor tinha sido quebrada, ou aborrecido por alguma das crianças ter deixado a janela aberta.
T: E o comportamento dele seria diferente em função dessa ideia?

P: Claro, ele provavelmente iria ver qual era o problema. Certamente não telefonaria para a polícia.
T: O.K. Agora, o que esse exemplo nos mostra é que, geralmente, há diversas maneiras pelas quais você pode interpretar uma situação. Além disso, o modo como você interpreta a situação afecta seus sentimentos e o seu comportamento.

Esse exemplo particular destina-se a fornecer ao paciente um distanciamento psicológico de seus próprios problemas, ao mesmo tempo em que lhe é dado o enquadre para examinar seus próprios pensamentos e sentimentos. É difícil prever a

dificuldade (ou facilidade) com a qual um paciente específico irá apreender esses conceitos. A principal estratégia do terapeuta consiste em tentar algumas demonstrações, mas também em estar preparado para que o modelo evolua como resultado das experiências do paciente.

Outra técnica para demonstrar a relação entre pensamento e afecto envolve a "imaginação induzida". O terapeuta primeiramente solicita ao paciente que imagine uma cena desagradável. Se o paciente indicar uma resposta emocional negativa, o terapeuta pode indagar acerca do conteúdo de seus pensamentos. A seguir, pede-lhe que imagine uma cena agradável e descreva seus sentimentos. De modo característico, o paciente é capaz de admitir que, ao mudar o conteúdo de seus pensamentos, é capaz de alterar o estado de seus sentimentos. Para alguns pacientes, essa simples técnica ilustrará claramente o impacto de sua própria imaginação e lhes facultará entender de que maneira as modificações de seu pensamento podem conduzir a uma alteração em seu ânimo. Essa técnica é indicada para o paciente em depressão leve, que tem maiores probabilidades de vivenciar estados transitórios de tristeza.

COGNIÇÃO E EXPERIÊNCIAS RECENTES

Alguns pacientes podem ter dificuldade em identificar pensamentos ou imagens disfuncionais, ou não perceber a conexão entre pensamentos e sentimentos. Outros podem compreender rapidamente a natureza das cognições e até oferecer, espontaneamente, cognições negativas típicas de sua experiência própria. Em qualquer dos casos, é desejável demonstrar ao paciente a presença de cognições em sua esfera de consciência. No primeiro caso, é essencial que os pacientes tomem conhecimento de suas cognições negativas e as identifiquem. No segundo, vale a pena esmiuçar com eles suas cognições, para certificar-se de que compreendem a importância de seus pensamentos. Essa última abordagem actua também como salvaguarda, uma vez que a concordância automática com as formulações do terapeuta é geralmente mais indicativa de submissão do que de autentica aprendiza-

gem. Esses pacientes requerem treinamento idêntico ao do paciente que se mostra inseguro do papel das cognições em sua depressão.

Um método imediato de demonstrar a presença de cognições é indagar ao paciente sobre seus pensamentos imediatamente anteriores à primeira consulta. Muitos pacientes contam haver tido pensamentos sobre o terapeuta, o tratamento e as possibilidades de receber ajuda. O terapeuta rotula então esses pensamentos e imagens para o paciente como "pensamentos automáticos" (cognições). Se o terapeuta acredita que o vocabulário do paciente é limitado, pode empregar outros termos para descrever os fenómenos cognitivos, tais como "as coisas que você diz a si mesmo" ou "afirmações feitas a você mesmo".

Além de assinalar a presença dessas cognições, o terapeuta se torna capaz de

corrigir quaisquer conceitos incorrectos ou informações inadequadas acerca do tratamento. Por exemplo, uma paciente casada de 38 anos, mãe de duas crianças pequenas, foi solicitada a relatar quaisquer ideias que tivesse tido na sala de espera. Respondeu mencionando uma grande preocupação de que não fosse sobreviver ao período de tempo em que precisaria de tratamento. Embora tivesse sido informada acerca da duração genérica da terapia cognitiva (sessões semanais de 1 hora ao longo de aproximadamente 12 semanas), não podia conciliar essa informação com o comentário de outra paciente, no sentido de que ela precisaria de tratamento por um período de 2 a 3 anos, com 3 sessões por semana. Na verdade, ela deixara de compreender que a paciente anterior se referia a um outro sistema terapêutico (terapia psicanalítica) e a um conjunto diferente de objectivos ("reconstrução completa da personalidade"). Quando compreendeu que a terapia cognitiva focalizaria seus problemas (e, especificamente, sua depressão), o medo que havia experimentado na sua de espera reduziu-se a preocupações mais pertinentes, a saber, "Esta terapia terá sucesso?", e "E se eu não melhorar?".

DETECÇÃO DE PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS

Quando o paciente: compreender a definição de cognição e reconhecer a presença de pensamentos e imagens automáticos, o terapeuta deverá formular um projecto específico destinado a delinear suas cognições disfuncionais.

A tarefa específica dependerá do problema particular sob investigação. De modo característico, o paciente é instruído a "captar" tantas cognições quantas conseguir e a anotá-las por escrito. Dado que uma pessoa raramente ou nunca está "completamente em branco", o paciente poderá

usar alterações em seu afecto ou a experiência de disforia como um demarcador ou indivíduo para reconhecer ou relembrar suas cognições.

A identificação mais precisa das cognições é conseguida imediatamente após sua ocorrência. Entretanto, por uma variedade de razões, um indivíduo pode não conseguir anotar de imediato suas cognições. Assim, um segundo método consiste em instruir o paciente a destinar um curto período específico, por exemplo, 15 minutos todas as noites, para repassar os factos que levaram a suas cognições, assim como suas cognições reais. O terapeuta instrui o paciente a anotar quaisquer pensamentos perturbadores, tão precisamente quanto possível. Ou seja, ao invés de anotar "Tive a sensação de que era incompetente no meu trabalho", como ele provavelmente relataria esse pensamento numa conversa, o paciente escreveria "Sou incompetente em meu trabalho", reprodução mais exacta do pensamento. Esse método de treinamento para colectar cognições fora da sessão terapêutica é particularmente útil com pacientes instruídos a manterem-se ocupados para evitar as ruminações depressivas.

Um terceiro método para se reconhecer com precisão as cognições depende da

identificação dos factos específicos do ambiente, associados à depressão do paciente. Por exemplo, uma mãe de 31 anos, com três filhos, mencionou que "a pior hora do dia" era entre 7 e 9 horas da manhã. Durante esse período, ela habitualmente preparava o café da manhã para a família. Não conseguiu explicar por que esse período era tão difícil, até que começou a anotar suas cognições em casa. Como resultado, descobriu que de modo constante se comparava a sua mãe, a quem lembrava como uma pessoa irritadiça e briguenta nas horas da manhã. Quando seus filhos se portavam mal ou faziam solicitações absurdas, a paciente frequentemente pensava. "Não fique zangada ou eles vão-se ressentir de você", daí resultando que de forma característica os ignorava. Com frequência cada vez, maior, entretanto, "explodia" com as crianças e pensava "Sou pior do que minha mãe. Não estou preparada para cuidar de meus filhos. Eles ficariam melhor se eu morresse". Tornou-se ainda mais deprimida quando imaginou suas experiências infantis negativas, tais como "mamãe me batendo se eu reclamasse de qualquer coisa". Uma vez identificadas essas cognições, a paciente e seu terapeuta se engajaram numa discussão bem-sucedida que compreendeu uma listagem das semelhanças e diferenças entre sua mãe e ela, uma revisão de seus pontos de vista acerca de um comportamento razoável em seus filhos e uma refutação de sua crença de que qualquer demonstração de raiva por sua parte levaria seus filhos a se ressentirem dela permanentemente.

Alternativamente, o terapeuta pode optar por confrontar o paciente com uma das situações ambientais perturbadoras, com o propósito de suscitar e identificar cognições depressivas. Por exemplo, uma mulher de 49 anos havia perdido seu filho em consequência de suicídio, dois anos antes do tratamento. A paciente se culpava pela morte do filho. Descobriu que muitos objectos e factos (por exemplo, violões, música, exposições de arte) recordavam seu filho e disparavam uma torrente de cognições negativas, além de acentuado desalento e culpa. Para sentir-se melhor, vinha tentanto evitar essas lembranças. Assim, a paciente teve dificuldade em identificar cognições depressogénicas claramente delineadas. Consequentemente, o terapeuta lhe sugeriu que fosse a uma galeria de arte local e se concentrasse em suas cognições. Como resultado, ela observou pensamentos automáticos auto-acusatórios característicos, que se centravam em sua "inabilidade para ouvir seu filho", sua decisão de manter um casamento infeliz e sua "incompetência" como mãe. Foi útil à paciente reconhecer essas cognições, pois pode assim examinar sua validade. Quando a paciente e o terapeuta discutiram os aspectos específicos de suas ideias negativas, ela concluiu que suas auto-acusações eram infundadas. O sentimento extremo de culpa na paciente dissipou-se e ela se tornou capaz de manejar a tristeza associada à morte de seu filho.

Uma táctica proveitosa consiste em instruir o paciente a anotar as cognições que tenham um tema comum. Uma universitária de 21 anos com uma depressão branda estava em sua sexta semana de tratamento, quando o terapeuta explicou-lhe a

necessidade de cancelar a sessão seguinte.

PACIENTE: Está O.K., sei que você tem que ir a uma reunião (pausa) Sabe, acho que devia dizer-lhe que me ocorreu que você me estava rejeitando. Não sei porquê. Porque, se eu pensar um pouco, é evidente que você tem que cancelar a consulta.
TERAPEUTA: Houve alguma prova que apoiasse sua ideia?
P: Bem, francamente, fiquei pensando se você não poderia fazer um esforço extra para me ver. E nem sequer sei se você vai estar aqui.

Nesse caso, a paciente foi solicitada a prestar especial atenção a pensamentos semelhantes que se centrassem no tema da rejeição. Ela voltou na sessão posterior e declarou-se surpresa por ter experimentado 27 pensamentos daquele tipo num período de uma semana. Além disso, sentia-se mais deprimida quando o "rejeitador" o fazia deliberadamente. Como consequência, paciente e terapeuta focalizaram a atenção na definição dela de "rejeição", assim como em sua tendência a esperar que os outros ("as pessoas que se importam") agissem da maneira que mais lhe conviesse todo o tempo. Ficou claro, então, que ela havia interpretado o cancelamento de sua consulta como uma rejeição, visto que, de acordo com sua fórmula.

o comportamento do terapeuta indicava que ele "não se importava" com ela.

Portanto, existem vários métodos para ajudar o paciente a especificar as cognições que mantêm ou agravam sua depressão. Uma vez que o paciente aprenda a especificar essas cognições, ele e o terapeuta examinam a fonte de sua depressão.

EXAMINANDO E TESTANDO NO REAL OS PENSAMENTOS E IMAGENS AUTOMÁTICOS

O terapeuta leva o paciente a testar suas ideias na realidade, não para induzi-lo a um optimismo espúrio, conduzindo-o a pensar que "as coisas são realmente melhores do que parecem", mas para encorajá-lo a uma descrição e análise mais exalas do que as coisas de facto são. Conquanto a pessoa deprimida caracteristicamente perceba seu mundo numa perspectiva negativista, o terapeuta não deve deixar-se cair na armadilha do presumir que todas as declarações pessimistas ou niilistas do paciente sejam necessariamente sem validade. Cabe-lhe examinar uma amostra dos pensamentos do paciente em colaboração com ele. A base ou comprovação de cada pensamento deve ser submetida ao escrutínio da testagem no real, com o emprego do tipo de padrões razoáveis utilizados pelas pessoas não deprimidas ao fazerem juízos.

Por exemplo, uma jovem estudante deprimida manifestou sua crença de que não ingressaria numa das universidades para as quais se havia inscrito. Quando o terapeuta explorou as razões que levaram àquela conclusão, descobriu que havia pouca base para a mesma. O questionário transcorreu como se segue:

TERAPEUTA: Por que você acha que não vai conseguir ingressar na universidade de sua preferência?
PACIENTE: Porque minhas notas realmente não foram tão "quentes".
T: Bem, qual foi sua media de notas?
P: Bom, muito boa até o último semestre no colégio.
T: Qual foi sua média de notas em geral?
P: A's e B's.
T: Bem, quantos de cada um?
P: Bem, acho que quase todas as minhas foram A, mas tirei notas horríveis no último semestre.
T: Quais foram suas notas?
P: Tirei dois A's e dois B's.

T: Já que sua média de notas parece resultar quase exclusivamente em A's, por que você acha que não vai conseguir entrar na universidade?
P: Por causa da dureza da concorrência.
T: Você verificou quais são as notas médias para admissão na universidade?
P: Bem, alguém me disse que uma média B+ seria suficiente.
T: Sua média não é melhor do que essa?
P: Acho que sim.

No caso citado, a paciente não estava deliberadamente tentando contrariar o terapeuta, mas havia de facto chegado à conclusão negativa (errónea) que dizia respeito a suas possibilidades de ser admitida. Sua lógica pode ser percebida como um exemplo do pensamento "tudo-ou-nada", segundo o qual qualquer nota inferior a A era percebida como um fracasso. A paciente apoiava essa conclusão errónea com outra conclusão inexacta, a respeito de sua posição na turma, em relação a outros estudantes. Verificou que, embora presumisse ser uma estudante mediana, encontrava-se mais perto do primeiro lugar na classificação de sua turma. Somente depois que o terapeuta pôde eliciar os factos, tornou-se a paciente capaz de perceber como havia distorcido a realidade.

Nesse exemplo, o terapeuta poderia ter utilizado duas abordagens diferentes, que poderiam ter tido alguma influência positiva sobre a paciente, mas que provavelmente não lhe teriam de facto ensinado a examinar e validar suas ideias. Por exemplo, poderia ler-lhe assegurado que, com base em sua evidente inteligência, ela certamente conseguiria ingressar na universidade. Em segundo lugar, poderia ter empregado uma abordagem advogada pelos terapeutas Racional-Emotivos (Ellis, 1962) e desafiado sua crença de que o ingresso na universidade era um índice de seu valor como pessoa. Empregando uma técnica diferente da Terapia Racional-Emotiva, o terapeuta poderia haver explorado com ela qual seria a catástrofe caso ela não ingressasse na

universidade.

Entretanto, se escolhesse essas abordagens naquele estágio da terapia, estaria, em essência, deixando de perceber um ponto essencial, porque (a) não teria estabelecido uma base sólida de dados diante dos quais seria possível testar as conclusões da paciente e (b) não teria fornecido a ela a oportunidade de valer-se de provas para testar suas conclusões. Consequentemente, embora ela pudesse sentir-se temporariamente melhor como resultado da abordagem racional-emotiva, seu esquema cognitivo negativo poderia continuar a operar. Assim, poderia interpretar mal outras situações iniciais erróneas acerca da admissão à universidade. Uma vez aprendendo a testar suas cognições em confronto com as provas disponíveis, fundamentadas na realidade, ela teve a oportunidade de avaliar suas suposi-

ções. Os pacientes deprimidos necessitam de uma testagem antes que se tente modificar suas crenças (caso elas demonstrem ser incorrectas).

Evidentemente, todos nós sabemos que nem todo estudante que se candidata a uma universidade tem médias elevadas, e que um estudante deprimido que prevê a rejeição pode, efectivamente, estar certo. Nesse caso, uma vez que o terapeuta haja determinado a exactidão da lembrança da pessoa em relação a seus graus escolares, assim como a plausibilidade de suas previsões, pode passar à exploração do significado de ser rejeitada pela universidade e do conjunto numeroso de atitudes que circunda esse significado. Por exemplo, suponha-se que o terapeuta houvesse podido determinar que uma carreira universitária seria, de falo, incerta ou mesmo improvável; poderia então avaliar as atitudes da paciente face à admissão universitária. Por exemplo, a estudante poderia dizer: "Se eu não entrar na universidade, isso realmente significa que sou desprovida de inteligência", ou "… jamais serei feliz", ou "minha faml1ia e meus amigos ficarão terrivelmente desapontados". Essas atitudes podem, elas próprias, ser mais exploradas em termos de serem realistas ou não. Se for verdade que a família e os amigos efectivamente se desapontarão, terapeuta e paciente podem investigar por que o paciente tem que ser guiado pelo que outras pessoas pensam ou sentem. O terapeuta pode assinalar que as outras pessoas não podem fazer, com que ele fique desapontado, mas sim que, ao incorporar a atitude delas, o paciente é que se "faz" ficar desapontado. Em outras palavras, seus próprios pensamentos, e não os de outrem, produzem as emoções desagradáveis. A essência da testagem na realidade consiste em tornar a pessoa capaz de corrigir suas distorções. Uma análise dos significados e das atitudes expõe a injustificabilidade e a natureza autoderrotista das atitudes. Entretanto, ternos constatados que, na medida em que o indivíduo continua a distorcer a realidade, tornam-se ineficazes as tentativas do terapeuta para trazer o sistema de atribuição de significados e de atitudes de um indivíduo para uma perspectiva mais razoável.

Uma mulher que se queixava de dores de cabeça agudas e de outros distúrbios somáticos mostrou um escore muito elevado de depressão. Indagada sobre as cognições que pareciam torná-la infeliz, declarou, "Minha família não me preza"; "Ninguém toma conhecimento de mim, eles simplesmente presumem que eu esteja ali"; "Não valho nada".

Como exemplo, mencionou que seus filhos adolescentes não mais queriam fazer coisas em sua companhia. Embora essa afirmação específica pudesse muito bem ser verdadeira, o terapeuta decidiu determinar sua autenticidade. Examinou a "prova" da afirmação no seguinte diálogo:

PACIENTE: Meu filho não gosta mais de ir ao teatro ou ao cinema comigo.
TERAPEUTA: Como sabe que ele não quer ir com você?
P: Os adolescentes realmente não gostam de fazer nada com seus pais.
T: Você efectivamente já pediu a ele que saíssem juntos?
P: Não, aliás, ele me perguntou algumas vezes se queria que ele me levasse… mas não achei que realmente quisesse ir.
T: Que tal testar isso pedindo que ele lhe dê uma resposta directa?
P: Acho que sim.
T: O importante não é se ele irá ou não com você, mas sim determinar se você está decidindo por ele o que ele pensa, ao invés de deixá-lo dizer-lhe o que é.
P: Acho que você tem razão, mas ele realmente parece não ter consideração. Por exemplo, está sempre atrasado para o jantar.
T: Com que frequência isso tem ocorrido?
P: Ah, uma ou duas vezes… Acho que realmente não é tanto assim.
T: Será que os atrasos dele para o jantar se devem a não ter consideração?
P: Bem, pensando bem, ele chegou a dizer que havia trabalhado até mais tarde naquelas duas noites. Por outro lado, tem mostrado consideração de uma série de outras maneiras.

Na realidade, como a paciente constatou mais tarde, seu filho queria ir ao cinema com ela.
Portanto, o terapeuta não aceita as conclusões e inferências do paciente como lhe são apresentadas, mas examina-as para determinar sua validade. Se as conclusões daquela paciente tivessem sido efectivamente válidas, o terapeuta poderia explorar de que maneira ela atribuía significados à "rejeição" por seu filho. Poderia também animá-la a buscar outras actividades e relacionamentos com outras pessoas.

Uma característica dos pacientes deprimidos é a tendência a encarar suas opiniões como factos. Conquanto essa característica seja típica dos seres humanos de um modo geral, tem importância especial na depressão, dado o paciente se comporta de modo compatível com suas ideias.

Uma vez que o paciente haja adquirido as técnicas pertinentes de observação e

anotação, reconhecerá que algumas cognições são particular-

mente frequentes nas ocasiões em que experimenta sentimentos dolorosos. A estrutura específica e o conteúdo de cada cognição estão relacionados ao sentimento doloroso subsequente (Beck, 1976). Por exemplo, a ansiedade está associada a cognições nas quais o paciente se percebe diante de um perigo iminente (seja por ameaça física ou descrédito social). As cognições associadas à depressão reflectem, amiúde, as crenças do paciente em sua falta de competência e de atractivos, em fracasso em "cumprir suas responsabilidades" ou seu isolamento social.

Geralmente, sob a orientação do terapeuta, o paciente consegue categorizar suas cognições segundo as temáticas principais (por exemplo, auto-enculpamento, inferioridade, sentimentos de perda). O terapeuta pode auxiliá-lo a reconhecer as diferentes interpretações e significados passíveis de serem atribuídos a uma experiência particular de vida. Cabe-lhe assinalar a tendenciosidade negativista sistemática na escolha de interpretações do paciente e apontar-lhe como faz inferências negativas indiscriminadas, mesmo diante de provas contraditórias. Naturalmente, o terapeuta não deve esperar que o paciente modifique sua visão simplesmente por tornar-se consciente de sua selecção tendenciosa de interpretações. Ao contrário, a exactidão de cada interpretação requer um exame cuidadoso, a fim de que o paciente possa aprimorar tanto sua capacidade de observação, quanto sua habilidade de fazer inferências realísticas e lógicas.

O terapeuta pode valer-se de uma série de técnicas cognitivas para avaliar e validar conclusões específicas. É essencial que se alterem as respostas negativas estereotipadas do paciente deprimido, visto que (1) elas resultam na vivência intensamente negativa de arestos e (2) desviam o paciente do enfoque de seus verdadeiros problemas, baseados na realidade. Duas técnicas destinadas a aprimorar a objectividade do paciente envolvem a "reatribuição" e a "conceituação alternativa". Uma das vantagens centrais dessas técnicas é que o paciente aprende a "distanciar-se" de seus pensamentos, isto é, começa a encarar seus pensamentos como fatos psicológicos.

TÉCNICAS DE REATRIBUIÇÃO

Um padrão cognitivo comum na depressão diz respeito à auto-atribuição incorrecta de culpa ou responsabilidade por acontecimentos adversos. Os pacientes deprimidos mostram-se particularmente propensos ao auto-enculpamento, resultante das consequências negativas de acontecimentos fora de seu controle, assim como das relacionadas a luas acções e juízos. A técnica de "reatribuição" é empregada quando o paciente irrealisticamente atribui ocorrências adversas a uma deficiência pessoal, tal como a falta de habilidade ou empenho. Terapeuta e paciente reexaminam os factos relevantes,

que aplicam as leis da lógica à informação disponível, para chegarem a uma atribuição apropriada de responsabilidades. O objectivo não é absolver o paciente de toda a responsabilidade, porém tentar definir a multiplicidade de factores externos que contribuem para uma experiência adversa. Adquirindo objectividade, o paciente não apenas tira de si o peso da auto-reprovação, mas pode também explorar maneiras de resgatar situações ruins, assim como de prevenir sua reincidência,

O exemplo do caso abaixo ilustra a utilidade da atribuição adequada de responsabilidades na solução de problemas reais.

O paciente era um gerente de banco de 51 anos, moderadamente deprimido, que se queixava principalmente de "ineficiência em meu trabalho". Por "ineficiência" o paciente queria referir-se a uma dificuldade que experimentava ao tomar decisões sobre negócios. O paciente compareceu à sua quarta sessão num estado de depressão profunda.

PACIENTE: Nem sei dizer-lhe o tamanho da confusão que arranjei. Cometi outro erro fundamental de julgamento, o que deverá custar-me o emprego.
TERAPEUTA: Diga-me qual foi o erro de julgamento.
P: Aprovei um empréstimo que abordou completamente. Tomei uma decisão muito precária.
T: Você se recorda dos dados específicos sobre a decisão?
P: Sim, lembro-me tudo parecia bom no papel, boa garantia, boa avaliação de crédito, mas eu devia ter sabido que iria ocorrer um problema.
T: Você dispunha de toda a informação pertinente na ocasião de sua decisão?
P: Não naquela época, mas descobri com certeza seis semanas depois. Sou pago para tomar decisões proveitosas, não para dar de presente o dinheiro do banco.
T: Compreendo sua posição, mas gostaria de reexaminar a informação de que você dispunha na época em que sua foi solicitada, e não seis semanas após ter sido tomada.

Quando o terapeuta reviu com o paciente os dados pertinentes disponíveis na ocasião de sua decisão, ele concluiu, de modo razoável, que sua decisão inicial se baseara em sólidos princípios bancários. Lembrou-se, inclusive, de ter verificado amplamente o histórico financeiro do cliente. O paciente foi auxiliado pelo método da reatribuição, ou seja, identificando a causa da dificuldade como algo que residia fora dele. Ainda assim, ficou com um problema sério em relação à conta. Em consequência de sua auto- censura, evitara entrar em contacto com o escritório central para dar início às medidas legais apropriadas contra o cliente. Deparou-se com "um problema criado por mim mesmo", mas recebeu encorajamento no sentido de que ainda havia tempo para "corrigir os danos". Paciente e terapeuta elaboraram um plano passo a passo, destinado a corrigir seus erros anteriores. Apesar de ter sido criticado por seus superiores em decorrência de sua de-

mora, o paciente constatou que podia aceitar a critica "construtiva" sem castigar a si mesmo.

A reatribuição é particularmente útil com pacientes propensos ao auto-enculpamento excessivo e/ou com pacientes que assumem a responsabilidade por qualquer ocorrência adversa. O terapeuta pode optar por contradizer as cognições do paciente auto-enculpador (a) revendo os "factos" ligados aos acontecimentos que resultam em autocensura (como no caso acima), ou (b) demonstrando os diferentes critério de atribuição de responsabilidade aplicados pelo paciente a seu próprio comportamento, quando comparado ao comportamento de outrem (dois pesos e duas medidas), ou (c) desafiando a crença de que o paciente é "cem por cento" responsável por quaisquer consequências negativas. O termo "desresponsabilização" também já foi aplicado a essa técnica.

A BUSCA DE SOLUÇOES ALTERNATIVAS

O sistema fechado da lógica e raciocínio do paciente deprimido se abre à medida que ele se distancia de suas cognições e identifica os padrões rígidos e a temática de seus pensamentos. Problemas anteriormente percebidos como insolúveis passam a ser reconceituados. Nesse ponto, a "busca do alternativas" pode mostrar-se útil. Essa técnica envolve simplesmente a investigação activa de outras interpretações ou soluções para os problemas do paciente. Essa abordagem constitui a pedra angular do solucionamento efectivo de problemas.

Através da cuidadosa definição de suas dificuldades, o paciente pode chegar espontaneamente à solução de problemas que considerava insolúveis. Ademais, com uma compreensão de problemas não distorcidos e fundamentados na realidade, algumas opções anteriormente descartadas podem agora parecer-lhe práticas e úteis. O terapeuta não se deve deixar desviar pela argumentação do paciente de que já "tentou tudo". Conquanto os pacientes deprimidos sinceramente acreditam haver explorado todas as opções possíveis, é mais provável que hajam automaticamente rejeitado várias alternativas e cessado a busca de outras, por haverem feito um pré-julgamento que dava o problema como insolúvel. Como observamos anteriormente, as bases para a conclusão desesperançada do paciente deprimido derivam de sua selecção sistematicamente tendenciosa de dados negativistas. O seguinte exemplo de caso ilustra a tendência dos pacientes deprimidos a considerarem insolúveis os problemas, com base em seu conjunto cognitivo negativista:

A paciente era uma mulher de 28 anos, moderadamente deprimida, cujo marido havia abandonado a ela o aos três filhos um mês antes. A paciente se referia continuamente a sua opinião de que não poderia sobreviver sem o marido. "Provou" esse ponto descrevendo as dificuldades que

experimentara com a "independência" no passado. A paciente fora fóbica a respeito de ficar sozinha enquanto adolescente. "Sempre tivera problemas para lidar com as coisas" quando seu marido viajava a negócios. não recebera qualquer treinamento em assuntos financeiros e estava convencida de que: seus filhos iriam sofrer as consequências. Descreveu suas tentativas de lidar com a perda do marido como "um pesadelo".

Empregando o método das "alternativas", o terapeuta relacionou, primeiramente, os problemas existentes (por exemplo, o controle das finanças, a educação das crianças, a solidão). Em cada um dos casos, a paciente concluiu que não seria capaz de solucionar seus problemas, porque não fora capaz de fazê-lo no passado. Afirmava, "Nunca fui boa em matemática", "Sempre deixei a educação com o Jack", "Sempre tive medo de ficar sozinha, caso alguma coisa saísse errada".

Essas afirmativas poderiam ter sido genericamente correctas no passados, mas a questão crucial era se a paciente poderia empregar as habilidades específicas ou as técnicas para lidar com situações, recebendo orientação e treinamento adequados no presente. O terapeuta soube que da completara o curso médio e que, na verdade, ressentira-se até certo ponto da dominação do marido, que havia insistido em "cuidar de: tudo". As soluções alternativas geradas pela paciente revelaram uma habilidade bem desenvolvida para o solucionamento de problemas. Por exemplo, na área das finanças, possuía conhecimentos sobre uma série de programas assistenciais, sabia o nome do gerente do banco do qual era correntista e havia considerado a ideia de candidatar-se a um emprego de secretária (seu diploma de curso médio fora obtido na área de negócios e comércio). O terapeuta, após sublinhar uma série de alternativas, retomou a crença original da paciente de que ela "não poderia sobreviver sem o marido". A essa altura, a paciente já conseguira melhora considerável em seu ânimo e concordou em optar por uma das soluções possíveis (assistência financeira a curto prazo) para seus problemas financeiros. Mostrou-se capaz de conseguir um empréstimo, servindo essa tentativa bem-sucedida para desacreditar sua opinião original sobre a incompetência. Como resultado, mostrou-se disposta a buscar activamente as soluções para suas outras áreas problematizadas.

É notável observar como a "busca de soluções" frequentemente leva a uma mudança no afecto dos pacientes deprimidos. O súbito reconhecimento de que sua situação de vida pode não ser "desesperada" responde por essa modificação. O objectivo do terapeuta, entretanto, não pode ser alcançado simplesmente pela consideração de abordagens alternativas para a resolução de problemas. Ele examina também a conclusão do paciente ("Nunca fui boa em nada") de um ponto de vista objectivo. Embora seja altamente improvável que tal conclusão seja válida, o paciente deprimido, ainda assim, acredita que ele o seja e pode apresentar provas "persuasivas" de falhas ou incompetência. Assim, o terapeuta deve estar preparado para

dar ao paciente tempo bastante para integrar sua nova conclusão ("Tenho alguns conhecimentos, mas também preciso de orientação concreta nas áreas de finanças, educação infantil e modos de lidar com a solidão"). A busca de finanças alternativas de lidar com problemas constitui uma técnica importante no tratamento dos pacientes suicidas (ver Capítulo 10).

A busca de explicações alternativas fornece uma outra abordagem para os "problemas insolúveis". O paciente deprimido exibe uma tendenciosidade negativa sistemática em sua interpretação dos acontecimentos. Através da reflexão sobre interpretações alternativas, torna-se capaz de reconhecer e neutralizar essa tendenciosidade, substituindo-a por conclusões mais precisas. O resultado dessa alteração no pensamento é uma mudança positiva em seus afectos e comportamentos. O exemplo seguinte ilustra um pouco mais o efeito da correcção de um padrão cognitivo negativista.

Uma estudante universitária deprimida de 22 anos estava convencida de que seu professor de Inglês a considerava uma aluna a ser recusada. Para comprovar sua convicção, trouxe uma cópia de ensaio recente no qual recebera o grau C e duas páginas de comentários críticos do professor. A estudante estava desolada com o resultado. Havia escrito o ensaio num período de grande angústia, precipitado por sua crença de que "não iria ter sucesso na escola". Agora, recebera a "prova de que não iria conseguir" e estava preparada para abandonar o curso.

O terapeuta investigou dois pontos relevantes acerca das conclusões da paciente. Em primeiro lugar, ela estivera deprimida ao escrever o ensaio, podendo-se antecipar que seu desempenho não reflectiria com exactidão suas habilidades. A rigor, quando reflectiu sobre seus pensamentos na ocasião da entrega do ensaio, chegou a surpreender-se por haver sequer conseguido concluí-lo. Sua nota real e seu desempenho precisavam, portanto, ser apreciados no contexto dessa informação. Antes de optar por esse método de acção, entretanto, o terapeuta percebeu que as notas e comentários teriam que ser interpretados com acuidade, consistindo sua primeira prioridade em auxiliar a paciente a investigar sua opinião quanto a ser um "caso a recusar".

O terapeuta indagou sobre explicações alternativas para a nota e as críticas do professor, sendo essas alternativas discutidas e avaliadas pela paciente. A avaliação consistiu simplesmente na proporção de 100%, que representaria o grau de "credibilidade" de cada explicação. A listagem, em ordem decrescente de "credibilidade", foi a seguinte:

1. "Sou um caso perdido, sem qualquer aptidão em Inglês" - 90%.
2. "O professor tem um preconceito pessoal contra estudantes universitários do sexo feminino" - 5%.
3. "A nota não foi muito diferente da obtida por outros estudantes" - 3%.
4. "O professor teceu seus comentários para ajudar nos ensaios futuros, e,

portanto, acha que tenho alguma capacidade" - 2%.

Felizmente, o terapeuta convenceu a paciente a obter um pouco mais de informação antes de abandonar o curso. Encorajou-a a telefonar para o professor dali mesmo, do consultório ("Não há momento melhor que este"). Pelo telefonema, ela constatou (1) que a nota média da turma fora C e (2) que o professor achava que, embora o estilo do ensaio "deixasse a desejar", o conteúdo era "promissor". Sugeriu que tivessem uma conversa posterior para que ele explicasse suas críticas. Como resultado dessa nova informação, a paciente tornou-se mais animada e disposta. Ao invés de encarar-se como uma "aluna a ser recusada", rapidamente concordou em que precisava de treinamento concreto em seu estilo literário. Decidiu tomar algumas aulas particulares e concluir o semestre, ao invés de afastar-se do curso conforme havia resolvido.

Esse exemplo demonstra os efeitos das interpretações negativistas da paciente sobre seus afectos e comportamentos. Ela experimentara uma disforia intensa não apenas em decorrência de sua nota medíocre, mas também porque isso significava que ela era um fracasso. Além disso, entretanto, mostrara-se preparada a agir com base em sua conclusão negativa. O abandono do curso, à luz das evidências, teria sido um erro fundamental. Na verdade, tê-la-ia convencido da validade de seu juízo negativista sobre sua capacidade. Tendo investigado as demais interpretações possíveis, ela se tornou capaz de tomar uma decisão mais racional.

Foi útil para a paciente e para o terapeuta arrolarem e avaliarem as crenças dela, pois permitiu-lhes desenvolver hipóteses empiricamente testáveis. A paciente reavaliou suas interpretações ao final da sessão e pode perceber quanto havia superestimado sua hipótese de "recusada-sem-capacidade", em função do volume limitado de provas disponíveis. Curiosamente, uma vez que pôde ter uma perspectiva mais clara dos comentários do professor, a paciente centrou sua atenção não na convicção de ser um fracasso (que já não se afigurava plausível), mas numa estimativa racional das deficiências de sua criatividade literária. Contrariamente ao terapeuta que exercita o "poder do pensamento positivo", o terapeuta cognitivista não procurou negar ou ignorar esses déficits reais.

Evidentemente, nem sempre é possível fazer com que o paciente recolha dados relevantes no consultório, como no presente caso. Sempre

que viável, contudo, o esforço é compensador, dado que o progresso em outras áreas ficará impedido se o paciente estiver oprimido por ideias de rejeição. Se os dados não puderem ser obtidos directamente no consultório, o paciente deverá receber uma "tarefa para casa em carácter de emergência", qual seja, obter as informações (por exemplo, entrando em contacto com o professor) e tornar a falar com o terapeuta o mais cedo possível. Dessa forma, há menos oportunidade de que os pensamentos e conclusões negativos se difundam para outros aspectos da vida do paciente. A

propósito, constatamos geralmente que, quanto maior a discrepância entre a conclusão errónea original e os dados pertinentes colhidos pelo paciente, tanto mais aquela conclusão fica enfraquecida. Por vezes, pode ser útil contar com a ajuda de um "outro significativo" ou de um terapeuta auxiliar, para colaborar com o paciente na obtenção de dados adequados fora da sessão terapêutica.

A ANOTAÇÃO DOS PENSAMENTOS DISFUNCIONAIS

O registro de cognições e reacções em colunas paralelas 45 uma forma de começar a examinar, avaliar e modificar as cognições. O paciente recebe instruções para escrever suas cognições numa coluna, anotando a seguir uma "reacção razoável" àquelas cognições, na coluna ao lado. A tarefa escrita pode também incluir colunas adicionais para descrever os sentimentos e comportamentos do paciente, além da descrição específica da situação ou acontecimento precedente à cognição. Dessa maneira, dependendo do número de colunas utilizadas, a técnica pode ser conhecida como técnica da coluna dupla, da coluna tripla ou da coluna quádrupla. Um formulário para as anotações é colocado à disposição do paciente para ajudá-lo a reconhecer seus pensamentos e imagens disfuncionais. As colunas do formulário recebem as designações de Data, Situação, Emoção (-ões), Pensamentos Automáticos, Resposta Racional e Efeitos.

O terapeuta deve explicar detalhadamente o emprego do formulário, depois que o paciente houver compreendido o conceito de pensamentos (ou cognições) automáticos. Convém fornecer alguns exemplos de cognições disfuncionais e de respostas razoáveis durante a sessão terapêutica. Também é facultado ao terapeuta ensinar o paciente a estimar o grau de suas experiências emocionais e o grau em que acredita em seu pensamentos automáticos. A lógica dessa abordagem reside em ensinar ao paciente uma discriminação mais precisa de suas emoções e assegurar que ele anote mesmo os pensamentos que lhe sejam "estranhos" (isto é, nos quais tenha baixo grau de confiança). As avaliações, naturalmente, fornecem também um método para qualificar as alterações nas reacções emocionais e no pensa-

mento do paciente. O Registro Diário de Pensamentos Disfuncionais é um acessório útil à terapia cognitiva. Após o tratamento, muitos pacientes usam suas anotações como lembrete dos tipos de situações e falhas de raciocínio que mantinham ou acentuavam sua depressão.

A tarefa principal do terapeuta consiste em ajudar o paciente a reflectir sobre respostas razoáveis a suas cognições negativas. O seguinte exemplo de caso demonstra o uso do formulário de anotações. Na medida em que as situações e cognições são anotadas, o paciente toma uma certa distância de seu efeito. O objectivo do terapeuta é aumentar a objectividade do paciente sobre suas cognições, demonstrar

a relação entre cognições negativas, sentimentos desagradáveis e comportamento contraproducente e, acima de tudo, diferenciar entre a avaliação realista dos acontecimentos e a avaliação distorcida por significados idiossincráticos.

O terapeuta pode optar por denominar as colunas conforme as necessidades específicas do paciente. Os exemplos que se seguem ilustram seja uma adaptação da técnica de alternativas, seja o uso de uma "terceira pessoa objectiva" como reagente às cognições.

Um bibliotecário de registros médicos apresentava uma história de depressão que datava de 6 anos:

Acontecimento: a enfermaria encarregada do centro de atendimento coronariano for seca e disse "Odeio registros médicos", quando fui recolher os gráficos para o comité de revisão de registros.

Sentimentos: Tristeza, Ligeira raiva, Solidão

Cognições: Ela não gosta de mim

Outras Interpretações Possíveis: A enfermeira encarregada está insatisfeita de modo geral. Detestar registros médicos não é o mesmo que detestar a mim; na verdade, ela odeia papéis. Ela está sob forte por motivos desconhecidos. Ela está sendo tola em odiar os registros; são sua única defesa na eventualidade de um processo legal.

Uma enfermeira de 24 anos, recentemente afastada do hospital em decorrência de depressão aguda, apresentou o seguinte relatório:

Acontecimento: Numa festa, Jim me perguntou, "Como você está se sentindo?", logo depois que fui dispensada do hospital.

Sentimentos: Ansiosa

Cognições: Jim acha que estou em tal estado de nervos que já não sirvo para nada. Devo estar mesmo com um aspecto horrível, a ponto de ele ficar preocupado.

Outras Interpretações Possíveis: Ele realmente se importa comigo. Ele notou que estou com melhor aparência do que quando entrei no hospital e quer saber se também me sinto melhor.

Outras descrições a respeito do uso do Registro diário de Pensamentos Disfuncionais encontram-se no Capítulo 13.

UTILIZAÇÃO DO CONTADOR DE PULSO

Temos verificado que, já que a maioria dos pacientes não tem consciência da natureza repetitiva e estereotipada de seus pensamentos automáticos negativos, o uso de um acessório técnico os auxilia a identificar e monitorar essas cognições.

Um Contador de Respostas especialmente projectado, adaptado de um contador de golfe (semelhante a um relógio de pulso), pode ser utilizado para esse fim. Depois que o paciente tenha sido instruído pelo terapeuta a reconhecer pensamentos automáticos e havendo lido o folheto (Coping with depression, é solicitado a registrar por escrito seus pensamentos automáticos. Tão logo o terapeuta esteja seguro de que o paciente identifica correctamente essas cognições (e as distingue dos pensamentos "normais", adaptativos ou neutros), cabe-lhe demonstrar o uso do contador de pulso.

E essencial que o terapeuta faça verificações regulares para certificar-se de que o paciente está "chegando" os tipos de cognições que apresentam importância na terapia. Como se acha descrito em Cognitive therapy any emotional disorders (Beck, 1976) e em Coping with depression, essas cognições negativas tem atributos específicos que atendem a determinados critérios: (1) São automáticas - ocorrem como que por reflexo, sem raciocínio prévio; (2) São desarrazoadas e disfuncionais; (3) parecem completamente plausíveis e são aceitas como válidas sem qualquer crítica, ainda que se afigurem bizarras se submetidas à reflexão; (4) são involuntárias. O paciente pode encontrar enorme dificuldade em "desligá-las".

Ao longo do tempo, o terapeuta descobre que cada paciente tem seu próprio tipo idiossincrático de pensamentos automáticos. Em alguns pacientes, os pensamentos podem assumir a forma de interpretar qualquer

interacção como uma rejeição; outros podem pensar continuamente no fracasso; outros tendem caracteristicamente a fazer previsões negativas, à medida que se deslocam de uma actividade ou interacção para outra. Alguns pacientes podem perseverar o dia inteiro pensando em quanto são imprestáveis, defeituosos ou doentios.

O uso do contador ajuda a demonstrar ao paciente de que maneira seus pensamentos produzem, mantêm ou intensificam seus sentimentos desagradáveis e outros sintomas da depressão. Entretanto, em alguns casos, o uso do contador e o registro de pensamentos automáticos são contra-indicados: quando o paciente se mostra tão imerso em seus pensamentos negativistas que não consegue concentrar-se em mais nada, precisa ser treinado a ignorar a cognição e concentrar-se na tarefa em execução.

capítulo 9

O ENFOQUE DOS SINTOMAS-ALVO

Já discutimos a importância de proporcionar ao paciente um alívio de sintomas pela transformação de suas queixas principais em problemas solúveis (Capítulo 5). Qualquer dos componentes da depressão que envolva desconforto ou imobilidade pode ser considerado um sintoma-alvo, similarmente passível de ser reformulado em termos de problemas solúveis. Os Capítulos 7 e 8 forneceram procedimentos gerais de tratamento; neste capítulo, descreveremos em linhas gerais o alcance das intervenções para sintomas-alvo específicos. Visto que a selecção de um ponto focal leva em consideração não apenas o que o paciente percebe como seus problemas objectivos cruciais, mas também a viabilidade de solucioná-los prontamente, existem momentos em que é preciso adiar as considerações acerca dos problemas mais genéricos do paciente, até que se obtenha alívio de seus sintomas incapacitadores. Por exemplo, um paciente estava extremamente deprimido por não encontrar emprego. Todavia, antes que esse ponto crucial pudesse ser directamente abordado, era preciso, antes de mais nada, que ele se tornasse activo. Somente depois que foi mobilizado e começou a sentir-se melhor, tornou-se capaz de lidar com a ansiedade social suscitada pela procura de trabalho.

Por consistir a depressão cm componentes afectivos, motivacionais, cognitivos, comportamentais e fisiológicos, o terapeuta pode concentrar-se em qualquer desses componentes ou em uma combinação deles para induzir uma modificação na síndrome global da depressão. Cada um dos componentes tem relação recíproca com os demais, daí resultando que a melhora cm uma área principal de problema geralmente se espalha para as outras. Em cada caso, o delineamento do problema específico a ser tratado e as técnicas especiais a serem empregadas dependem de uma variedade de factores. O terapeuta precisa discutir os objectivos com o paciente para che-

gar a um consenso sobre qual problema "alvo" a mirar e quais os métodos a utilizar. A seguir, o terapeuta cognitivo formula os problemas em termos dos pensamentos e imagens subjacentes às reacções do paciente. Desse modo, a sua primeira tarefa consiste em compreender de que maneira os sinais e sintomas da depressão reflectem uma alteração profunda na organização cognitiva do paciente.

Como observamos anteriormente, a pessoa deprimida tende a encarar a si própria, suas experiências e seu futuro de maneira negativa. Esses conceitos negativos se evidenciam na forma como o paciente sistematicamente interpreta mal suas experiências no contexto de seus pensamentos. Seus conceitos negativos contribuem para outros sintomas da depressão, tais como a tristeza, a passividade, o auto-enculpamento, a perda das reacções de prazer e os desejos suicidas. Estabelece-se um círculo vicioso: o pensamento negativista, os sentimentos desagradáveis, as motivações autoderrotistas e a passividade generalizada reforçam-se mutuamente. O

terapeuta cognitivo começa a romper o círculo vicioso seleccionando um ou mais dos sintomas que pareçam mais susceptíveis à intervenção terapêutica. Assim, o foco inicial pode ser dirigido a qualquer dos sintomas ou combinação de sintomas afectivos, cognitivos, motivacionais ou comportamentais. (Para que se consigam resultados duradouros, as pressuposições disfuncionais subjacentes aos sintomas precisam ser modificadas.)

SELECÇÃO DE ALVOS E TÉCNICAS

A escolha do conjunto de sintomas e da(s) técnica(s) pode ser efectuada com base em diversas considerações.

1. O princípio da "colaboração terapêutica" muitas vezes fornece uma boa base para a tomada dessas decisões. O terapeuta pode delinear diversas áreas que se afigurem acessíveis à intervenção, descrevendo também algumas das abordagens terapêuticas que pare-

çam indicadas. Após discussão, pode chegar com o paciente a uma decisão conjunta (desde que o paciente não esteja demasiadamente aprisionado na inércia ou na indecisão para participar do processo decisório).

2. Em geral, nas fases iniciais do tratamento e no trato de pacientes mais gravemente deprimidos, as abordagens comportamentais tendem a mostrar-se mais úteis que as estritamente cognitivas. Assim, técnicas como a programação de actividades, a prescrição de tarefas graduadas e o ensaio comportamental mereceriam atenção maior do que a identificação e modificação de cognições disfuncionais

3. O terapeuta deve procurar orientar sua abordagem conforme o nível de sofisticação, o estilo pessoal e as técnicas típicas para lidar com situações presentes no paciente.

4. A urgência e gravidade relativa dos vários problemas e sintomas pode ditar as prioridades, ou seja, com que problema(s) trabalhar primeiro.

5. Uma certa dose de "ensaio e erro" é comumente necessária. Deve- se dizer ao paciente: "Temos certo número de abordagens que se mostraram satisfatórias para vários problemas. Talvez precisemos experimentar várias delas antes de encontrar a que realmente convém a você. Assim, se um dado método não for particularmente útil, irá fornecer-nos informações valiosas acerca do método que tem probabilidade de sucesso."

Em resumo, portanto, a abordagem orientada para os problemas consiste em fraccionar o fenómeno complexo da depressão em problemas componentes, seleccionar os problemas específicos a serem atacados num dado caso e determinar quais tipos de intervenção terapêutica seriam adequados para o paciente. Indicamos a

seguir os principais sintomas-alvo.

SINTOMAS AFECTIVOS

TRISTEZA

A maioria dos pacientes deprimidos relata algum grau de tristeza ou infelicidade. Alguns experimentam períodos flutuantes em que se sentem tristes, enquanto outros ficam incapacitados pela intensidade do afecto. Às vezes, os pacientes descrevem esses sentimentos em termos de sensações corpóreas, por exemplo, "Tenho um sentimento de tristeza por todo o corpo". Em geral, o paciente está sofrendo dessa dor psíquica numa ocasião em que sua tolerância e sua capacidade para lidar com qualquer tipo de

sofrimento estão em nível baixo. Por essa razão, proporcionar-lhe algum alívio de sua disforia é frequentemente um alvo primário de intervenção.

Ao trabalhar com o afecto do paciente, cabe ao terapeuta saber precisamente o que quer dizer o paciente ao descrever sentimentos específicos.

Os pacientes muitas vezes intensificam sua disforia com pensamentos do tipo, "Não posso suportar sentir-me assim", "Sinto-me péssimo o tempo todo" e "Sempre serei infeliz". O terapeuta pode utilizar qualquer dos métodos cognitivos/comportamentais descritos anteriormente para auxiliar o paciente a corrigir essas distorções.

As cognições do paciente que conduzem à tristeza nem sempre são aparentes. Ele pode mostrar-se incapaz de apontar os pensamentos que provocariam sentimentos de tristeza. Nesses casos, cabe ao terapeuta fornecer-lhe outras formas de aliviar ou reduzir sua disforia.

O terapeuta pode proporcional ao paciente um relaxamento de sua disforia, induzindo-o a "sentir pena de si mesmo". Sobre esse método, Beck (1976) escreveu:

> Encorajar um paciente a expressar emoções desagradáveis através de sua verbalização ou do choro por vezes reduz sua intensidade e leva o paciente a sentir-se mais vivo, mais parecido com uma "pessoa intensa". (Evidentemente, alguns pacientes se sentem pior após a descarga emocional e, portanto, esses métodos devem ser usados com cautela.) Quando um paciente chora, pode sentir compaixão por si mesmo. Assim, transforma-se seu modelo cognitivo rejeitador ou depreciativo, face a si próprio, em um modelo compassivo. A autocomiseração é incompatível com o conjunto cognitivo do auto-enculpamento, (p. 295).

O processo pode ser acelerado por várias outras técnicas. Contar ao paciente uma história de outra pessoa com problema semelhante, com a qual possa identificar-se,

frequentemente invoca a compaixão do paciente. Sentir compaixão por outra pessoa nas mesmas circunstâncias ajuda o paciente a encarar-se com simpatia. Algumas técnicas de dramatização, tais como o desempenho de papéis no qual o terapeuta representa o papel de seu paciente deprimido, podem também ajudar o paciente a alterar seu padrão cognitivo, transformando-o de autocrítico em compreensivo.

Os procedimentos de autocomiseração são particularmente úteis com pacientes que desejam chorar, mas são incapazes de fazê-lo. Tradicionalmente, os homens em nossa sociedade têm dificuldade de chorar, mas, à medida que os papéis sexuais se alteram, vimos observando cada vez mais mulheres com o mesmo problema. O terapeuta também pode valer-se da auto-revelação selectiva para ajudar seu paciente a chorar. Um paciente, por exemplo, mostrava-se incapaz de chorar após a morte de sua esposa, que se seguira a uma hospitalização prolongada e dolorosa. O paciente pôde chorar e sentir autocompaixão depois que o terapeuta descreveu seus

próprios sentimentos de dor na época em que sua esposa estivera hospitalizada, em decorrência de um acidente.

RAIVA INDUZIDA

A vivência de raiva pode muitas vezes neutralizar os sentimentos de tristeza do paciente. Entretanto, a menos que seja cuidadosamente controlada, o paciente pode culpar-se por expressar raiva e, consequentemente, sentir-se pior. No consultório, o terapeuta pode empregar técnicas de indução da raiva para ajudar o paciente a utilizar esses métodos no combate aos sentimentos de tristeza fora do consultório. Depois que houver aprendido a usar esses métodos no consultório, o paciente é instruído a praticá-los entre as sessões. Para impedir que ele mergulhe na raiva, é instruído a limitar a duração da expressão de sentimentos de ira e acompanhá-los de alguma forma de distracção.

DISTRACÇÃO

Os pacientes podem usar a distracção para reduzir (temporariamente) quase todas as formas de afecto dolorosos. Ela é particularmente eficaz no alívio da tristeza. Ao ensinar a distracção como técnica para lidar com situações, o terapeuta solicita ao paciente, em primeiro lugar, que avalie seu grau de tristeza; a seguir, dá-lhe instruções para que se concentre em algum detalhe do consultório, tal como a placa do interruptor de luz ou uma peça do mobiliário, e o descreva minuciosamente. Depois de fazer isso, o paciente reavalia seu grau de tristeza, que usualmente terá diminuído em alguma medida.

Se o "exercício" no consultório tiver sucesso, o paciente será solicitado a praticar técnicas de distracção entre as sessões. Ao começar a sentir-se triste, é instado a usar

essa disforia como um sinal para iniciar a distracção. Esta pode assumir a forma de actividades tais como dar um passeio a pé, ler, participar de uma conversa, falar ao telefone e observar o ambiente. É muito frequente o paciente distrair-se com a digressão por apenas alguns minutos, inicialmente. Da mesma forma que em relação a outros métodos cognitivos, o paciente é instruído a começar por seu nível actual e descobre, usualmente, que pode aumentar pouco a pouco a duração do processo.

Por vezes o paciente aprende a desviar sua atenção da tristeza através de um aumento em sua conscientização sensorial. Nesse processo, enquanto se concentra no meio ambiente, usa tantas de suas modalidades sensoriais quanto possível, incluindo o paladar, a audição, o olfacto, as sensações corporais e a acuidade visual aguçada. O procedimento é frequentemente

eficaz com pacientes que remoem ideias negativas. Um vendedor, por exemplo, que sofria de disforia crónica, pôde controlar esses sentimentos no trabalho aumentando sua conscientização dos estímulos ambientais enquanto dirigia de uma visita a outra. Qaunto mais modalidades sensoriais utilizou, menos vivenciou o remoer de pensamentos negativos e maior foi seu alívio.

Alguns pacientes conseguem usar a imaginação visual como distracção da disforia, imaginando cenas agradáveis, tais como jogar ténis na Flórida ou ganhar a lotaria. Quanto maior for o número de detalhes utilizados nessas imagens, tanto mais eficazes elas tendem a ser. O paciente também pode visualizar mentalmente as ocasiões em que se sentiu feliz no passado, ou tentar conceber uma época futura em que não mais estará triste. O emprego da imaginação visual, entretanto, é, de hábito, prejudicial aos pacientes mais gravemente deprimidos, devido à intromissão de temas negativos em seus devaneios.

O EMPREGO DO HUMOR

O humor é frequentemente bem-sucedido em desviar o paciente de seus sentimentos de tristeza. Muitos pacientes preservam seu senso de ironia, a despeito da perda generalizada de alegria, e o terapeuta capaz de assinalar a natureza irónica de uma situação pode distrair a atenção de seu paciente, ainda que temporariamente, através do humor. Quando um paciente deprimido consegue perceber o humor de uma dada situação, isso é geralmente um sinal de que está desenvolvendo ou empregando um importante recurso para enfrentar situações.

Nesse procedimento, os pacientes são instruídos a procurar o humor ou ironia de uma situação sempre que começam a sentir-se tristes. Em determinado caso, um paciente se percebeu ficando triste ao caminhar para seu carro numa manhã. Parou e deu-se conta de estar triste por ter acabado de: ver o lixeiro atirando uma lata de lixo sem o menor cuidado, o que disparara uma série de ideias acerca de como o paciente detestava aquela vizinhança. Ao invés de ceder à tristeza, o paciente buscou o humor

da situação e observou que o nome da companhia colectora de lixo era Vile and Sons. A graça que achou nessa coincidência neutralizou com sucesso sua tristeza.

O uso do humor e de outras formas de distracção não constituem a solução ideal para os problemas do paciente, Seriam preferíveis as mudan-

ças atitudinais duradouras. Contudo, muitas vezes é necessário levar o paciente a sentir-se e a funcionar melhor antes que possam ser elaboradas soluções mais básicas, A simples noção de possuir modos adaptativos de lidar com a tristeza aumenta, frequentemente, o senso de controle do paciente, o que, por sua vez, amplia seu senso de segurança e bem-estar.

LIMITAÇÃO DA EXPRESSÃO EXCESSIVA DA DISFORIA

As pessoas afectadas pelo sofrimento psicológico, tal como as afectadas pela dor física, muitas vezes buscam alívio revelando a outrem seu sofrimento. Conquanto a atenção alheia não seja, como crêem muitos, a causa da tristeza, a discussão prolongada desses sentimentos pode intensificá-los. Ao falar aos outros sobre seu sofrimento, os pacientes ficam desnecessariamente comprometidos com o exame desses sentimentos. Além disso, pela discussão excessiva de sentimentos, muitas vezes trazem tensões a seus relacionamentos com parentes e amigos. Por essas razões, são encorajados a estabelecer limites restritos à discussão de sua infelicidade.

Depois de expor a lógica da limitação das discussões sobre o infortúnio, o terapeuta pode solicitar ao paciente que monitore o volume de tempo que gasta falando sobre seus sentimentos, já que muitos pacientes não têm consciência de quanto o fazem. O paciente pode buscar o auxílio de terceiros para mudar esse comportamento, assim como dizer aos que continuamente indagam como se sente que agradece seu interesse, mas que, actualmente, está procurando limitar a "tomada de temperatura" emocional. Se necessário, o terapeuta pode discutir esse tópico com pessoas significativas na vida do paciente.

Ocasionalmente, temos destinado um horário específico durante, o dia para o "sentir-se mal". Por exemplo, o terapeuta pode sugerir ao paciente que procure adiar a experiência integral de seus sentimentos até um espaço de tempo ao final da parte da tarde, digamos, das 4 às 5 horas.

Esses pacientes parecem achar que, por saber que disporão de uma oportunidade bem definida para "soltar-se", conseguem orientar-se melhor para atingir objectivos específicos no restante do dia.

"CONSTRUINDO UMA BASE" SOU A TRISTEZA

Outra abordagem útil consiste em ensinar o paciente a aumentar sua tolerância aos sentimentos disfóricos. Essa abordagem é conveniente para lidar com emoções

negativas, tais como a ansiedade. Em lugar de pensar, ou em resposta à ideia de que "Não posso suportar isso", o paciente é encorajado

a dizer a si mesmo, "Sou suficientemente forte para tolerar isso", ou "Vou ver por quanto tempo posso suportar isso". Com a prática, as pessoas aprendem a aumentar sua tolerância a quase todas as formas de desconforto.

Pode-se dizer ao paciente que, aumentando sua tolerância à tristeza, ele se estará fortalecendo e "vacinando" contra ataques futuros de disforia.

Ao observar que é realmente capaz de tolerar elevados níveis de disforia sem se tornar agitado, o paciente frequentemente desenvolve um sentimento aguçado de controle, que pode, em si mesmo, sustar os efeitos da espiral descendente da tristeza. Ao combater a tristeza, os pacientes frequentemente recorrem a mecanismos comportamentais inadaptativos, tais como dormir, comer ou beber em excesso. O paciente pode ampliar sua tolerância à tristeza aumentando o intervalo entre o sentir-se triste e o recorrer a esses "antídotos". De modo semelhante, até mesmo o adiantamento de medidas neutralizadoras adaptativas ao sentir-se triste ajuda o paciente a elevar seu nível de tolerância.

Visto que é esperável que o paciente continue a experimentar graus variados de tristeza enquanto durar sua depressão, é importante que ele empregue certas estratégias que o impeçam de agravar sua disforia. A demonstração de que é capaz de sustar o progresso de seus sentimentos dolorosos serve como antídoto à ideia de que "Essa dor irá ficar tão forte que se tornará insuportável".

Uma técnica simples, aplicável a pacientes que regularmente vivenciam seus piores períodos em horas específicas do dia ou da semana (por exemplo, nas primeiras horas da manhã), consiste em formular um plano de actividades de distracção para aquele intervalo de tempo. Exemplificando, uma autora estabeleceu uma programação que consistia em preparar esboços de capítulos e escrever tantos parágrafos quantos lhe fosse possível entre as 6 e as 8 horas da manhã - seu período diário de mais intensa disforia. Uma dona-de-casa usava o mesmo período para fazer limpeza e lavar roupas, Para os fins-de-semana, que lhe eram particularmente dolorosos, programou diversas actividades sociais.

Essas distracções não apenas diminuem o grau de conscientização da disforia, como também são úteis na canalização dos processos de pensamento do paciente para longe das interpretações acerca da importância ou do significado de sua disforia.

Uma técnica caracteristicamente cognitiva se mostra muitas vezes valiosa para neutralizar a tendência do paciente a atribuir significados "catastróficos" a seu moral baixo, ou a autocondenar-se por ele. Constatamos, por exemplo, que alguns indivíduos se desvalorizam por se sentirem tristes, o que os leva a sentir-se ainda pior. Uma paciente, que se mudara recentemente com seu marido e filhos de uma casa barulhenta no centro da cidade

177
para uma residência nova num subúrbio, condenava-se por sentir-se mal. Seus pensamentos eram. "Tenho uma abundância de espaço - diversos acres de terra para as crianças brincarem, um jardim e muita privacidade. Eu deveria estar feliz". Na realidade, a mudança havia rompido seu relacionamento com vizinhos que tinham sido próximos, tanto de um ponto de vista pessoal como geográfico, e havia exigido volumes consideráveis de trabalho exaustivo. Assim, ao menos por algum tempo, ela suportara uma perda substancial.

O terapeuta assinalou que ela havia intensificado seus sentimentos de tristeza através de suas autodenúncias. Abordou o assunto da seguinte maneira:

Temos uma vasta gama de sentimentos. Os sentimentos de tristeza usualmente ocorrem quando as perdas se nos afiguram supremas. A princípio, você reagiu à mudança de modo normal, por exemplo, sofreu uma perda imediata de seus amigos e vizinhos e, portanto, sentiu-se triste. A seguir, no entanto, obrigou a si mesma a passar da tristeza à depressão, empregando seus "devos" e desvalorizado a si mesma. Você se disse: "Eu deveria sentir-me feliz… Por que não me sinto feliz em nossa linda casa nova? Que há de errado comigo?"

Inicialmente, a paciente manifestou surpresa ao dar-se conta de que sua determinação de sentir-se feliz após a mudança não era realista. Ao aceitar a avaliação do terapeuta, contudo, pôde conter uma tristeza maior dizendo a si própria: "É natural que me sinta triste - temporariamente. No entanto, existem pessoas na vizinhança que virei a conhecer melhor... Na verdade, faz mais sentido pensar que eu deveria sentir-me triste do que alegre actualmente".

Esse caso ilustra a maneira como uma pessoa se deixa tiranizar pelo código dos "deveres" que absorve da sociedade, As regras sociais ditam que uma pessoa deve sentir-se feliz em circunstâncias que, a rigor, tendem antes a produzir tristeza (pelo menos a curto prazo). A pessoa propensa à autodepreciação conclui então que a ausência da resposta esperada de prazer indica uma grave falha em seu carácter e que jamais conseguirá ser feliz. Ao admitir que uma decisão específica (tal como mudar-se) não é fatal e que a perda a curto prazo será eventualmente compensada por ganhos a longo prazo, o paciente se capacita a mitigar, ao invés de exacerbar seus sentimentos actuais de tristeza.

178
CRISES "INCONTROLÁVEIS" DE CHORO

Os períodos dilatados de choro são um sintoma comum da depressão. É um sintoma frequentemente encontrado nas mulheres. Algumas vezes, os pacientes se sentem melhor depois de chorar, porém mais frequentemente tornam-se ainda mais deprimidos. Alguns pacientes choram a tal ponto que sua comunicação com terceiros

e com o terapeuta fica acentuadamente prejudicada.

Os pacientes geralmente choram em algum ponto da terapia. Se o terapeuta não apresentar uma hiper-reacção, isso usualmente não constitui problema. Alguns pacientes choram durante a sessão por acreditarem que isso é esperado deles. Tal concepção errónea pode ser facilmente corrigida pelo terapeuta. Compete-lhe também ficar alerta para qualquer sentimento de vergonha que o paciente possa experimentar depois de haver chorado. Sentir-se envergonhado por chorar é mais típico dos pacientes masculinos que das mulheres.

O choro excessivo não é, em geral, a preocupação central do paciente. Entretanto, quando esse sintoma é impeditivo da comunicação verbal, urge resolve-lo para que o terapeuta possa obter informações cruciais do paciente. A estratégia geral consiste em que o paciente aprenda um procedimento de autocontrole que lhe confira o domínio de seu choro. Essa estratégia pode incluir treinamento na distracção, auto-orientação activa para não chorar e o estabelecimento de um limite de tempo para o volume de choro.

Uma paciente chorava de tal forma nas sessões terapêuticas que quase nenhuma terapia estava ocorrendo. O choro excessivo também lhe trazia problemas fora do tratamento: não era capaz, de manter uma conversação sem chorar. Após várias tentativas infrutíferas com procedimentos de autocontrole, o terapeuta estruturou a entrevista (com a anuência da paciente) de tal forma que lhe foram atribuídos intervalos de três minutos para chorar no início, meio e fim da sessão terapêutica. O procedimento obteve sucesso em limitar o choro da paciente, tanto dentro quanto fora da terapia. Após várias tentativas com o "choro estrutural", a paciente declarou haver-se dado conta de que podia controlar suas lágrimas. Ademais, sua habilidade de controlar o choro deu-lhe um sentimento aumentado de dominação e melhorou a imagem que ela fazia de si própria.

SENTIMENTOS DE CULPA

Dado que o sentimento de "mau proceder" se baseia em padrões altamente idiossincráticos e arbitrários, cabe ao terapeuta resistir à tentação de tirar conclusões precipitadas acerca da origem dos sentimentos de culpa de um

paciente. Uma paciente declarou, por exemplo, haver-se sentido culpada sobre sexo. O exame mais detalhado revelou que ela não se sentia culpada por suas numerosas aventuras extraconjugais, mas sim por masturbar-se. Quando os pacientes não admitem sentimentos de culpa por um "comportamento anti-social", o terapeuta não deve presumir que o paciente esteja simplesmente reprimindo sentimentos de culpa.

Alguns pacientes podem sentir-se culpados por seus sentimentos ou desejos, mais do que por acções especiais. Uma paciente não experimentava quaisquer sentimentos de culpa por manter um relacionamento amoroso com um homem casado, mas sentia-

se extremamente culpada por desejar a morte da esposa doente de seu parceiro. O terapeuta assinalou que os pensamentos não são acções e que, visto que a paciente não era onipotente, seus desejos não poderiam influenciar a realidade. Explicou-lhe também que seu desejo, embora contrário ao sistema de valores dela, era compreensível em função de sua vontade de casar-se com o amante.

O sentimento de culpa do paciente relaciona-se, com frequência, a seu mecanismo de assumir uma parcela irreal da responsabilidade pelo comportamento de terceiros. Simplesmente perguntando ao paciente por que ele é culpado, o terapeuta muitas vezes o leva a examinar a natureza de seu senso exacerbado de responsabilidade. O terapeuta pode desejar fornecer alguma informação adicional que possa auxiliar a modificar a interpretação geradora de culpa que o paciente faz das situações. Essa abordagem foi empregada com sucesso no caso de uma paciente que se sentia culpada pelo suicídio da filha.

TERAPEUTA: Por que você é responsável pelo suicídio de sua filha? PACIENTE: Eu devia ter sabido que ela iria matar-se.
T: As pessoas têm estudado o suicídio por muitos anos e ninguém consegue prever exactamente onde ou quando um indivíduo irá se matar.
P. Mas eu devia ter sido capaz de saber.

T: Acreditar que você deveria o desconhecido contraria as leis da natureza. Tudo que sabemos é que sua filha cometeu um erro ao decidir suicidar-se e que você está cometendo um erro ao responsabilizar-se por isso.

Temos observado que as mães (mais do que os pais) são propensas a assumir um grau irrealista ou elevado de responsabilidade pelas presumíveis deficiências, decepções ou "derrotas" de seus filhos. Os homens, ao contrário, tendem a responsabilizar-se por reveses em suas vocações. A "mãe culpada" frequentemente procura tratamento na idade madura. Nesse estágio, muitas vezes se sente culpada por seu desejo de emancipar-se de seus filhos, que já são adultos. De modo geral, tende a preservar o mesmo sentimento de obrigação e responsabilidade que experimentava quando eles eram crianças.

Algumas pacientes crêem que o sentimento de culpa impede as pessoas de se empenharem em comportamentos autoderrotistas ou anti-sociais. Deixam de perceber que existem consequências positivas naturais da acção em proveito próprio (que incluem o comportamento pró-social) e consequências negativas naturais quando se age de outra forma. Os sentimentos de culpa frequentemente acrescentam um peso desnecessário, que pode agravar o comportamento autoderrotista. O alcoólatra que bebe, sente-se culpado e bebe mais para enfrentar os sentimentos de culpa é um exemplo clássico. Se o paciente está empenhado em algum comportamento autoderrotista, como o fumo, a bebida ou a protelação, sua atenção deve ser

direccionada para o controle desse comportamento e de sua autocensura pelo fracasso em atingir esse objectivo.

VERGONHA

Muitos pacientes experimentam vergonha por algum aspecto "socialmente indesejável" de sua personalidade ou conduta. Diversamente dos sentimentos de culpa, geralmente relacionados a uma suposta infracção do código moral ou ético do paciente, a vergonha se origina de sua crença de estar sendo julgado como infantil, fraco, tolo ou inferior por terceiros. Assim, as acções que espera evocarem a ridicularização por outrem dão início à sequência: "Pareço um tolo" → "É horrível ser assim" vergonha. → Dado que os pacientes não admitem prontamente sentir-se envergonhados, o terapeuta precisa muitas vezes indagar sobre esse sentimento. Pode explicar que a vergonha, em certo sentido, é autogerada. Para ilustrar como o paciente induz sentimentos de vergonha em si mesmo, pode indagar: (a) Existem coisas das quais você sentia vergonha no passado e já não sente? (b) Existem coisas das quais você se envergonha e os outros, não? Os outros se envergonham de coisas das quais você não se envergonha?

Pode-se dizer ao paciente que, se ele adoptar uma filosofia "antevergonha", muito de sua dor e mal-estar poderá ser evitado. Quando, por exemplo, o paciente comete um erro que acredita ser vergonhoso, pode transformar essa experiência num exercício antivergonha admitindo-a abertamente, ao invés de ocultá-la. Se seguir essa "política aberta" por tempo suficiente, sua propensão a experimentar uma vergonha contraproducente diminuirá. Ademais, tomar-se-á menos inibido e mais espontâneo e flexível em sua gama de reacções.

Uma forma pela qual o terapeuta pode auxiliar o paciente a superar sentimentos de vergonha por estar deprimido é ilustrada no recorte de sessão apresentado a seguir:

PACIENTE: Se as pessoas no trabalho descobrissem que estou deprimido, pensariam mal de mim.

TERAPEUTA: Mais de 10% da população fica deprimida em alguma época. Em quê isso é vergonhoso?

P: Os outros acham que as pessoas que ficam deprimidas são inferiores…

T: Você está confundido um estado psicológico com um problema social. Existe uma tendência a culpar a vítima. Mesmo que eles pensassem mal de você – fosse por ignorância ou por uma forma adolescente de avaliar as pessoas -, você não tem que aceitar a avaliação deles. Só se sentirá envergonhado se aplicar o sistema de valores deles a você mesmo, ou seja, se realmente acreditar que isso é vergonhoso.

Outros procedimentos padronizados, tais como fazer com que os pacientes relacionem as vantagens e desvantagens de expressar sua vergonha, podem ser

empregados para lidar com essa resposta emocional.

RAIVA

Sentimentos excessivos de raiva não constituem um problema típico do paciente deprimido. Alguns, de facto, experimentam mais raiva à medida que começam a sentir-se melhor. Esse período de raiva excessiva é geralmente de curta duração e habitualmente indica uma melhora no paciente. Entretanto, há pacientes cuja raiva é um sintoma prematuro, persistente e aborrecido, Nesses casos, muitos dos procedimentos - tais como a distracção e o aumento da tolerância - usados para lidar com outras emoções negativas, podem ser empregados na raiva. Os pacientes podem utilizar métodos de relaxamento como técnicas activas de enfrentamento quando começam a sentir raiva. Goldfried e Davison (1976) fornecem uma descrição excelente dos procedimentos de relaxamento.

Ensina-se ao paciente direccionar-se para uma tarefa quando sua raiva começa a evoluir. Como foi assinalado por Novaco (1975), a pessoa com raiva fica geralmente inundada por sentimentos descabidos, girando em torno da intolerância pelos outros e da necessidade de retaliação. O paciente é encorajado a utilizar consigo mesmo uma conversa que possa "esfriá-lo", ao invés de uma que o "esquente". Ensina-se muitas vezes aos pacientes aumentar sua capacidade de experimentar empatia pelo outro. Ao vivenciar a empatia, o paciente pode mudar para um conjunto cognitivo de aceitação, incompatível com a raiva.

Uma estudante universitária, por exemplo, enfurecera-se com a reprovação de seu estilo de vida pouco convencional por parte do pai. Ao desempenhar o papel do pai (num exercício com o terapeuta), deu-se conta de que ele a percebia cometendo "um erro terrível", passível de arruinar-lhe a vida. Percebeu então que o comportamento do pai espelhava sua preocupação e interesse por ela, e sentiu empatia por ele.

ANSIEDADE

Os pacientes frequentemente relatam a ansiedade como um problema que acompanha sua depressão, ou que aparece à medida que a depressão diminui. Alguns se mostram excessivamente perturbados pelos sintomas da ansiedade, por não identificarem correctamente essa e moção. O terapeuta pode levar-lhes alívio simplesmente identificando esses sintomas como ansiedade e assegurando-lhes que, embora desconfortáveis, esses sentimentos não são perigosos. Esse procedimento contribui para tornar menos catastrófica a experiência da ansiedade e para impedir que o paciente se sinta ansioso a respeito da ansiedade.

O primeiro passo no tratamento da ansiedade consiste em encorajar o paciente a monitorar esse sintoma. Além de registrar situações variáveis, tais como a hora, lugar

e acontecimentos desencadeantes, solicita-se ao paciente que meça o grau de sua ansiedade durante um período de tempo. Esse procedimento é executado instruindo-se o paciente a desenhar, num gráfico, o volume de ansiedade em "unidades subjectivas de desconforto", colocadas de um lado numa escala de 0 a 100, indicando-se no outro eixo o "tempo", geralmente em intervalos de meia hora. Esse gráfico proporcionará ao terapeuta informações cruciais e mostrará ao paciente que a ansiedade está geralmente relacionada a situações externas e é limitada no tempo. Em muitas ocasiões, em meio a uma crise de ansiedade, o paciente acredita que ela jamais desaparecerá.

É possível ensinar aos pacientes uma multiplicidade de procedimentos de autogestão para controlar sua ansiedade. O melhor antídoto é, em geral, algum tipo de actividade física. Acções físicas repetitivas, tais como bater bola, pular corda ou correr, mostram-se amiúde úteis. Alguns pacientes conseguem alívio através de actividades físicas, como limpar a casa ou trabalhar no quintal.

A distracção é um modo eficaz de baixar os níveis de ansiedade. Dois membros de nossa equipe, apanhados num engarrafamento de tráfego, conseguiram reduzir sua ansiedade face à possibilidade de perder um trem elaborando uma fórmula complexa para prever quantos carros à sua frente atravessariam o sinal antes que ele ficasse vermelho. Pode-se pedir aos pacientes que comprem um quebra-cabeças de bolso ou que concentrem a atenção nos anúncios do trem do metro para distrair-se quando se tornam ansiosos. Os pacientes que ficam totalmente absortos em sua ansiedade podem ter que recorrer a formas de distracção de maior impacto. Alguns têm-se utilizado de sinetas, que são tocadas como uma forma de distracção da ansiedade.

Muitos dos métodos utilizados para modificar os pensamentos depressivos são eficazes no tratamento da ansiedade. No procedimento padrão, o paciente avalia o grau de ansiedade acerca de uma situação antevis-

tal, tal como visitar um freguês potencial. A seguir, após serem discutidas maneiras mais realistas de encarar a situação, o paciente reavalia sua ansiedade antecipatória. Posteriormente, avalia a ansiedade que experimentou na situação real. É comum os pacientes deixarem de se aperceber de que uma pessoa pode agir adequadamente mesmo quando está ansiosa. Alguns estudos têm demonstrado que mesmo os níveis elevados de ansiedade não bloqueiam necessariamente um indivíduo, impedindo-o de desempenhar-se bem em situações geradoras de ansiedade.

Os pacientes frequentemente desprezam os "factores de salvamento" nas situações ameaçadoras. O paciente que teme enguiços no automóvel em estradas solitárias geralmente não leva em conta os telefones de emergência e os caminhões-reboque. De modo semelhante, a pessoa que sofre de ansiedade social desconsidera a empatia que os outros podem experimentar pelo indivíduo ansioso. Além disso, o paciente ansioso geralmente deixa de reconhecer que há uma gama de consequências neutras, ou mesmo positivas, na maioria das situações; o facto de que um vendedor não efectua uma venda não significa que o freguês irá decepar sua cabeça.

Em geral, o terapeuta tem que indagar acerca da imaginação visual do paciente ansioso, visto que este raramente presta informações voluntárias sobre suas fantasias. Comummente observamos que os pacientes ansiosos exibem imagens vívidas de "catástrofes" (Beck, 1976). O paciente pode empregar uma diversidade de métodos para controlar essas imagens, modificando seu conteúdo visual. Uma paciente, temerosa de seu chefe, tinha dele a imagem visual de um monstro. Conseguiu substituir essa imagem visual por outra, em que o via como um cordeiro.

Da mesma forma que em relação a outros estados afectivos negativos, o terapeuta precisa descobrir especificamente o que assusta o paciente numa dada situação. Categorizações do tipo "fobia de aviões" ou "fobia da escola" são demasiado genéricas e difusas para servir aos objectivos terapêuticos. Em muitos casos, auxiliar o paciente a construir cenários específicos de situações assustadoras contribui para revelar o temor fundamental. Um comerciante, por exemplo, tinha medo de ir a Nova Iorque numa viagem de compras. O exame mais detalhado revelou que ele temia ter que dizer "não" aos vendedores, uma vez que esse problema foi apontado, o terapeuta pôde empregar uma técnica de desempenho de papéis para dessensibilizar o paciente de seu medo.

Alguns pacientes têm que aprender a aumentar sua tolerância a um certo grau de ansiedade. Se evitarem as situações geradoras de ansiedade, estarão perdendo uma oportunidade de testar seus pensamentos pouco realistas. A eles se diz que, ao mergulharem na experiência ou simplesmente "ficarem com ela", essas experiências frequentemente se tornarão dessensibilizadas. Muitas vezes, os pacientes evitam o que percebem co-

mo situações perigosas e, dessa forma, não chegam a uma conclusão nesse domínio.

SINTOMAS MOTIVACIONAIS

PERDAS DE MOTIVAÇÃO POSITIVA E DESEJOS DE EVITAÇÃO AUMENTADOS

A perda de motivação do paciente para desempenhar mesmo as mais simples tarefas é, com frequência, um dos sintomas principais da depressão aguda. O paciente sabe o que tem a fazer, mas não encontra o desejo ou estímulo interno para realizá-lo. Na maioria dos casos, imobiliza-se através da crença de que é incapaz de desempenhar aquela actividade ou de que não derivará qualquer satisfação do ato de praticá-la. A perda da motivação positiva é geralmente acompanhada por intensos desejos de evitar as actividades construtivas. Esses desejos activos de evitação são salientados pelas reacções negativas do paciente às tarefas atribuídas para casa (ver Capítulo 13). Os procedimentos cognitivos e comportamentais descritos em linhas gerais nos capítulos anteriores podem ser empregados para auxiliar o paciente a superar seus bloqueios

motivacionais. A estratégia geral consiste em que o paciente faça uma tentativa de desempenhar a actividade evitada, em carácter experimental. Esse "experimento" pode contribuir para a correcção dos pensamentos incorrectos do paciente e para a elaboração de experiências de sucesso. Obviamente, o sucesso, imediato é via de regra um bom motivador. Quando o paciente se apercebe de que exerce controle sobre algum aspecto particular de sua vida, tem maiores probabilidades de tentar controlar outros.

Alguns pacientes com problemas motivacionais extremos se beneficiam de um método de auto-orientação desenvolvido por Low e seu grupo de colaboradores (1950). Segundo esse método, o paciente dá a si próprio instruções específicas para mobilizar seu corpo à acção. Por exemplo, um paciente que apresentava problemas para levantar-se pela manhã dizia a si próprio: "Pernas... movam-se... toquem o chão... Músculos... mexam-se". Alguns consideram essa auto-instrução activa extraordinariamente benéfica, porém outros, não. O método de Low será mais detalhadamente discutido no Capítulo 13.

O paciente muitas vezes deseja escapar de sua rotina e deveres normais, ou Catão evitá-los. é comum existir uma atitude de desamparo subo jacente a esse sintoma. Visto que o desamparo, o suicídio e o desejo do escapar são sintomas tão cruciais na depressão, serão discutidos em detalhe no próximo capítulo.

AUMENTO NA DEPENDÊNCIA

A dependência intensificada é um sintoma predominante da depressão. O paciente clinicamente deprimido apresenta, muitas vezes, um impulso intenso de buscar o auxílio de outrem para desincumbir-se de suas actividades cotidianas. Esse desejo de assistência geralmente ultrapassa as necessidades reais de auxílio do paciente. Conquanto a ajuda frequentemente lhe traga um alívio emocional temporário, pode reforçar sua dependência e falta de autoconfiança.

É útil ao terapeuta, com frequência, explicar ao paciente a diferença entre a dependência "construtiva" e "regressiva". Procurar aprender maneiras de combater a depressão representa uma forma de dependência construtiva; o paciente tem um problema que não é capaz de resolver sem assistência e, dessa forma, procura ajuda. Por outro lado, a dependência regressiva se manifesta numa procura de auxílio em algo com que ele é capaz de lidar sozinho. Ao empenhar-se na dependência regressiva, o paciente reforça sua ideia de inadequação.

Em algumas ocasiões, os pacientes se mostram apreensivos quanto a se tornarem demasiado dependentes do terapeuta. Cabe a esse explicar que o objectivo da terapia é proporcionar ao paciente instrumentos através dos quais torna-se mais independente. Aprendendo novas formas de pensar e novas técnicas para enfrentar situações, o paciente se tornará menos dependente de outras pessoas.

Sem as devidas salvaguardas, a dependência construtiva pode deteriorar-se numa dependência regressiva. Essa tendência é demonstrada pelo paciente que aprende modos de tolerar sua depressão, mas continua a insistir em que o terapeuta solucione todos os seus problemas. (Para um exame das maneiras de se lidar com esse problema característico, consultar o Capítulo 15, sobre o término da terapia).

Os pacientes que apresentam problemas de dependência recebem treinamento para contar com eles mesmos (ver Emery, no prelo). Esse treinamento compreende ensinar o paciente a assumir responsabilidade progressiva pelo direccionamento de suas acções e pela modificação de suas reacções emocionais. Inicialmente, ele restabelece suas actividades precedentes de autodependência, tais como fazer sua própria cama. À medida que melhora, ensina-se o paciente a ampliar sua gama de actividades independentes.

O paciente que acredita só poder experimentar alegria através de outrem é instalado a ir a cinemas, museus e a jantar fora sozinho. No treinamento de autodependência, procura fazer sozinho tantas de suas actividades cotidianas quanto possível. Isso pode transcender estereótipos sexuais. O homem pode tentar cozinhar ou realizar tarefas domésticas, enquanto a mulher pode tentar desenvolver tarefas mecânicas na casa ou no carro.

O paciente pode utilizar a totalidade das técnicas cognitivas para aumentar a sua autodependência. Esses repertório inclui o desenvolvimento de experimentos que visem descobrir se ele pode fazer mais do que supõe e a contestação activa de pensamentos que liquidam com a iniciativa, tais como. "Por que me incomodar?", "É muito difícil", "Deixe que outra pessoa o faça" e "Não tenho tempo". Em muitas circunstâncias, o paciente pode aumentar radicalmente sua autodependência colocando-se em situações nas quais seja forçado a contar consigo mesmo, tais como passar um fim-de-semana sozinho numa cidade estranha. Ao longo de cada dia as pessoas são postas frente a frente a numerosas situações em que podem optar por serem dependentes ou independentes. Uma estratégia geral consiste em o paciente monitorar o número de vezes em que opta pela autodependência e aumentar gradativamente esse número.

O papel do treinamento de autodependência no tratamento cognitivo da depressão é semelhante ao papel do treinamento de auto-afirmação na terapia. Antes da depressão, o paciente normalmente teria possuído um repertório adequado de comportamentos auto-afirmadores e autodependentes, entretanto, uma vez deprimido, pode desenvolver um deficit nessas duas áreas. Nesse ponto, sua falta de afirmação e sua dependência convertem em sintomas-alvos, tornando-se apropriado o treinamento de auto-afirmação de autodependência. Quando a depressão melhora, ele pode prescindir dessa forma de intervenção.

Contudo, alguns pacientes permanecem ainda excessivamente dependentes ou

sem afirmação depois que sua depressão diminuiu. Para esses, um treinamento adicional de autodependência ou auto-afirmação pode fazer-se necessário. Em tais casos, o paciente mantém ainda pressupostos inadaptativos em torno de questões ligadas à afirmação ou à dependência. O treinamento especial pode contribuir para enfraquecer esses crenças. Por exemplo, o treinamento da auto-afirmação pode auxiliar o paciente que acredita ser necessário a seu bem-estar que todos gostem dele, enquanto o treinamento de autodependência pode contribuiur para o paciente que acredita ficar desamparado sem o apoio de outras pessoas.

SINTOMAS COGNITIVOS

A importância das cognições do paciente na manutenção da exacerbação da depressão foi descrita no Capitulo 1. Várias técnicas para lidar com as cognições disfuncionais ou distorcidas foram focalizadas nos Capítulos 2 a 8. Os parágrafos seguintes se concentrarão apenas nos problemas cognitivos não estudados em outras secções deste livro.

INDECISÃO

A tomada de decisões frequentemente representa um problema para os pacientes deprimidos. O paciente acredita, amiúde, que seu emprego, sua família ou outras circunstâncias externas são a causa de sua depressão e, consequentemente, que ela desaparecerá, se ele abandonar a situação problemática; entretanto, mostra-se inseguro do acerto de sua decisão. Outro tipo comum de problema ocorre quando o paciente realizou alguma mudança novo emprego, novo bairro - e está insatisfeito com ela. O paciente acredita que, se voltar atrás quanto à mudança, não mais se sentirá deprimido. Em geral, o terapeuta lhe diz que é desaconselhável tornar decisões importantes quando se está deprimido. Em quase todos os casos, a decisão pode ser adiada sem consequências terríveis. Diz-se à pessoa deprimida que, quando está funcionando abaixo de sua capacidades normal, ela não é capaz de tomar decisões a longo prazo da mesma forma que quando não está deprimida. Além disso, poderá encarar sua vida de maneira diversa quando houver superado a depressão.

Nas decisões importantes que não podem ou não precisam ser adiadas, terapeuta e paciente podem anotar as vantagens e desvantagens de cada escolha, utilizando essa relação como um guia para a tomada de decisões. esse procedimento, o paciente arrola as decisões alternativas e as consequências possíveis de cada uma.

É frequente que o paciente não tome qualquer decisão, em função dos resultados negativos que antecipa. Nos casos em que qualquer das opções seja igualmente

aceitável, encoraja-se o paciente a tomar decisões. Existem várias técnicas bastante simplistas para auxiliar as pessoas a realizar esse tipo de escolha. Uma delas consiste em fazer com que o paciente relacione as alternativas em ordem alfabética, escolhendo, dentre elas, a que vier primeiro no alfabeto. Em outras ocasiões, o paciente pode lançar uma moeda. A ênfase se coloca em levar o paciente a tomar uma decisão e agir.

As pessoas deprimidas acreditam amiúde que precisam ter certeza absoluta da correcção de uma decisão. Cabe ao terapeuta esclarecer que não existem certezas absolutas na vida. Não há maneira alguma pela qual se

possa garantir que eventos favoráveis ou desfavoráveis irão ocorrer ou não. Todavia, algumas das alternativas das decisões podem ser pesquisadas pelo terapeuta e pelo paciente. Deve-se dizer ao paciente que, muitas vezes, nenhuma das opções está necessariamente "errada", mas que são simplesmente diferentes. Cada qual apresenta um conjunto diferente de consequências. Também é boa política verificar se o paciente apresenta uma tendência a estruturar a decisão como uma situação em que não há vitória possível. Por exemplo, um paciente se mostrava incapaz de decidir se iria para uma universidade grande ou pequena. Percebia as desvantagens de ambas as opções, porém não suas vantagens. Durante a terapia, ensinou-se ao paciente a avaliar as vantagens de qualquer das escolhas que fizesse e as maneiras pelas quais poderia modificar ou lidar com as desvantagens. Dessa forma, transformou uma situação de vitória impossível numa de derrota impossível.

Está descrita, a seguir, uma forma de lidar com decisões que precisem ser tomadas imediatamente. Uma paciente estivera extremamente agitada por duas ou três semanas, em decorrência de uma decisão que precisava tomar. A decisão dizia respeito a qual universidade frequentar, entre duas igualmente desejáveis, uma delas oferecia uma óptima bolsa de estudos, mas a outra tinha mais prestígio. Além disso, a paciente remoía ideias sobre estar sendo egoísta se escolhesse a faculdade que desejava, ou sobre estar-se submetendo às exigências de seus pais se escolhesse a outra. Conseguira transformar uma situação em que seria impossível perder numa situação em que era impossível ganhar.

A paciente decidiu aceitar a universidade que queria e que era a que não oferecia apoio financeiro. No dia de tomar a decisão final irreversível, experimentou ondas de sentimentos de pânico. A essa altura, o terapeuta delineou-lhe as seguintes proposições:

1. O ato de tomar decisão era, naquelas circunstâncias, mais importante que qualquer das decisões.

2. O comportamento dela resultava de seu problema de obsessividade. Ela ansiava por uma certeza absoluta. Sua ansiedade provinha do medo de não ter uma garantia absoluta de que qualquer das escolhas estaria "certa".

3. A resposta racional é que ninguém pode esperar certeza ou "correcção"

absolutas. Ninguém pode prever o futuro. Haveria consequências não antecipadas (prós e contras), qualquer que fosse a universidade escolhida.

4. Não existe necessidade de garantias absolutas. Ela precisava tomar uma decisão e, a seguir, "enfrentar, não lastimar".

5. Ela deveria antecipar um período de arrependimento de cerca de uma semana, não importa que decisão tomasse. Deveria aceitar

esse sentimento de remorso e combatê-lo com o uso de técnicas cognitivas.

Após as explicações, o terapeuta pegou uma moeda para jogar. Disse que cara seria a universidade" A" e coroa, a universidade "B", lançando então a moeda. Antes de mostrar o resultado à paciente, perguntou-lhe o que esperava que a moeda mostrasse. Quando ela respondeu "universidade A", o terapeuta guardou a moeda em seu bolso sem mostrá-la à paciente e disse que ela havia tomado sua decisão. Ela telefonou à universidade para confirmar sua aceitação. O terapeuta estruturara a situação de tal forma que a paciente foi forçada a tomar uma decisão: não dispôs de tempo para remoer ideias. Essa estratégia exigiu uma escolha imediata e aumentou a possibilidade de que a paciente escolhesse a partir do "querer" e não dos temores. A técnica proporcionou também uma demonstração veemente sobre a maneira de romper a rede de sua indecisão obsessiva.

Os sentimentos de culpa frequentemente desempenham um papel na tomada de decisões. Um paciente, por exemplo, não conseguia decidir-se sobre comprar ou não um carro novo. Acreditava que estaria privando sua faml1ia de dinheiro se comprasse o carro, mas sabia que precisava de um carro novo para fazer seu trabalho.

Ao trabalhar a indecisão do paciente, o terapeuta pode ter que utilizar métodos para modificar sentimentos de culpa. O paciente precisa aprender que, muitas vezes, existem apenas soluções parciais, mas que o efeito cumulativo de várias soluções parciais pode resolver o problema. Em seguida, ele precisa aprender a vacinar-se contra os sentimentos de culpa que emergem de sua crença de haver cometido um erro.

A VISÃO DOS PROBLEMAS TIDOS POR OPRESSIVOS

A "tríade cognitiva" consiste de uma visão negativista do mundo externo, de si próprio e do futuro. A visão negativa do futuro ("desesperança") será abordada no próximo capítulo. As duas primeiras facetas da tríade serão discutidas nas sessões que se seguem.

A estratégia geral para lidar com os "problemas opressivos" consiste em levar o paciente a apontar um problema específico que deseje elaborar e a desenvolver procedimentos construtivos para lidar com ele. A formulação do paciente sobre seu mundo é reconceituada, transmutando-se, do "É opressivo", para (1) "Quais são os

problemas específicos?" e (2) "Quais são as soluções?". Pode-se dizer ao paciente que ele só pode fazer uma coisa de cada vez e, portanto, não pode prestar atenção a todas as coisas que acredita ter que fazer. Entretanto, é-lhe facultado relacionar todos os problemas e estabelecer prioridades. As programações de actividades mostram

se frequentemente úteis, quando o cumprimento de prioridades representa um problema para o paciente. São-lhe fornecidas formas concretas de iniciar as actividades. O terapeuta pode dizer ao paciente que entabolar projectos é difícil, a princípio, para quase todas as pessoas, mas que o trabalho se torna mais fácil uma vez que o projecto esteja em andamento.

Por vezes, torna-se necessária a resolução criativa de problemas. Os pacientes deprimidos ficam comumente impedidos de pensar em soluções que lhe são óbvias quando não estão deprimidos. Um homem de negócios se sentia oprimido pelo volume de trabalho que devia executar, mas não conseguia sair por ter que estar atento ao telefone. Como consequência, não deixava o escritório para fazer seu trabalho de campo. O terapeuta lhe sugeriu que comprasse um aparelho para entender os telefonemas. Essas simples intervenção contribuiu para solucionar o dilema. Como estratégia alternativa, teria sido possível indagar do paciente que soluções ele sugeriria a outra pessoa naquela situação. Ao responder a essa pergunta, o paciente se torna um consultor de si mesmo.

Muitos pacientes aceitam mais trabalho do que o necessário. Outros acreditam erroneamente que se espera mais deles do que efectivamente acontece. Essa crença pode ser verificada. Uma dona-de-casa, por exemplo aceitou um emprego voluntário de horário integral, tornou-se presidenta de uma grande organização e elaborou planos para concorrer, como candidata, a um cargo político. Ela acreditava ser impossível reduzir ou declinar de quaisquer de seus compromissos. Por vezes, um paciente desse tipo precisará exercer maior afirmação para minorar as solicitações que lhe são feitas.

São muitos os pacientes oprimidos por seus problemas em vista de exagerarem as dificuldades e minimizarem a possibilidade de acção correctiva; assim, ficam totalmente sem acção. O terapeuta precisa mostrar ao paciente como lidar com algumas dessas situações. O exemplo seguinte ilustra de que maneira isso pode ser feito.

Uma paciente deprimida disse que gostaria de nadar, mas estava oprimida pelos problemas que isso acarretaria.

PACIENTE: Não há nenhum lugar onde eu pudesse nadar.
TERAPEUTA: Como você poderia encontrar um lugar?
P: Existe uma Associação Cristã de Moças, se eu conseguisse chegar lá… Eu molharia meu cabelo e me resfriaria.
T: Como você poderia chegar lá?
P: Meu marido me levaria.

T: E seu cabelo molhado?
P: Não poderia levar um secador de cabelos; alguém o roubaria.
T: Há algo que você pudesse fazer a esse respeito?
P: Eles não têm armários,
T: Como sabe?

191
P: Simplesmente acho que não tem.
T: Como passo inicial, por que você não telefona e verifica se eles os têm?

A paciente efectivamente fez as indagações necessárias e, eventualmente, pode começar a nadar de novo. Seus problemas tiveram que ser soletrados detalhadamente e, a seguir, ela precisou investigar as possibilidades.

Em alguns casos, os pacientes podem estar realizando mais do que percebem. Ao registrar o que realizaram, podem corrigir essa distorção cognitiva, Pode-se dizer-lhes que a simples tentativa de conseguir algo ou reflectir sobre maneiras de fazê-lo representa um sucesso parcial.

AUTOCRÍTICA

Como é característico da maioria das pessoas, o paciente deprimido busca explicações para seus problemas. Em sua concepção de causalidade, mostra-se propenso a encarar alguma deficiência desastrosa em si mesmo como a fonte de seu distúrbio psicológico. Essa tendência é frequentemente apoiada por outros significativos, que dizem que o paciente "poderia melhorar, se quisesse". Os pacientes gravemente deprimidos levam a ideia da autocausalidade a extremos aparentemente absurdos. Um paciente que estava hospitalizado em decorrência de sua depressão ouviu outro paciente espirrar no lado oposto do corredor e reagiu com o pensamento automático "Sou culpado. Devo estar infectando todas as pessoas no andar". Esse tipo de auto-enculpamento irrealista serve para levar o paciente a sentir-se pior. Os terapeutas devem tratar com cautela a autocrítica dos pacientes, uma vez que qualquer refutação directa pode resultar na ideia de que "Ele não compreende minha fraqueza". Um paciente, após ouvir que sua auto-crítica era inadaptativa, passou a culpar-se por "estar-se culpando".

A abordagem cognitiva da autocrítica envolve conscientizar o paciente da infiltração de autocríticas específicas e, em decorrência dessa maior conscientização, avaliar objectivamente seus pensamentos auto-enculpadores. A natureza recorrente e estereotipada das autocríticas do paciente faculta ao terapeuta e a ele fazer progressos significativos, uma vez que os pensamentos tenham sido modificados. Reconhecer suas autocríticas específicas não é difícil, porque o paciente habitualmente se sente pior após uma delas. Assim, ao experimentar um aumento de sua disforia, precisa apenas reproduzir seus pensamentos precedentes para identificar a autocrítica.

A etapa seguinte consiste em ampliar a objectividade do paciente face a seu auto-

enculpamento. Essa é uma etapa crucial, dado que o paciente comumente acredita que sua autocrítica é justificada. Um dos métodos é propor-lhe uma pergunta do tipo, "Suponha que eu cometesse erros como

os seus. Você me desprezaria por isso? " Considerando que o paciente geralmente admite que não seria tão crítico em relação a outra pessoa, ele pode se dar conta da natureza exagerada de suas autocríticas. Os pacientes leve a moderadamente deprimidos podem reconhecer a natureza autoderrotista de suas autocríticas se o terapeuta disser, por exemplo:

Como você acha que eu me sentiria se alguém ficasse debruçado sobre meus ombros avaliando ou criticando tudo que eu fizesse?... Num certo sentido, isso é o que você está fazendo a si próprio, ainda que não o deseje deliberadamente… O resultado final, no entanto, é que você não apenas se sente mal, mas também não consegue agir adequadamente. Você descobrirá que pode sentir-se livre consigo mesmo e ser mais bem-sucedido se tentar ignorar as auto-avaliações.

O desempenho de papéis: O processo de aquisição de objectividade face à destrutividade das autocríticas pode, às vezes, ser acelerado através do desempenho de papéis. O terapeuta, por exemplo, dramatiza a forma pela qual o paciente se percebe: inadequado, inepto, fraco. O paciente é treinado para assumir o papel de um crítico severo, que irá atacar verbalmente o "paciente" por qualquer demonstração de reconhecimento de uma falha. O terapeuta hábil pode desempenhar o papel do "fraco", de modo a demonstrar as distorções e inferências arbitrárias do paciente. Se esse for adequadamente "aquecido" para o papel do crítico, poderá simultaneamente representar as denúncias e observar a extravagância de seus juízos negativos.

Um outro método para aumentar a conscientização do paciente acerca de suas autocríticas consiste em inverter os papéis: o paciente tenta ajudar o terapeuta, que assume um papel autodepreciador.

O exemplo de caso que se segue ilustra o emprego da inversão de papéis com uma paciente deprimida interna de 27 anos. Ela havia participado de três sessões anteriores, mas na quarta sessão rotulava-se continuamente como "muito imbecil" e "idiota". Essas autocríticas interferiam seriamente em suas tentativas de iniciar qualquer tarefa nova e, a rigor, estavam desestruturando a própria sessão terapêutica.

PACIENTE: Agora que sei que posso controlar meus pensamentos, sinto-me realmente imbecil por estar deprimida.
TERAPEUTA: Você precisa conhecer a si mesma antes de poder efectuar mudança. Antes da terapia, não tinha esse conhecimento, logo, não parece razoável criticar-se por esse facto.
P: Devo ser imbecil demais para descobrir as coisas por mim mesma.

T: Você se dá conta de quão frequentemente se crítica por ser "imbecil"?
P: Se a carapuça serve, a gente a usa. Nunca fui inteligente o bastante para aprender as coisas depressa. Lembro que sempre fui a "burra" da turma quando se tratava de matemática.

193
T: Eu poderia, provavelmente, compreender que você aprendesse a se fazer críticas quando enfrentava um problema de matemática, ainda que a crítica nesse ponto não fosse de grande utilidade. Mas você se crítica continuamente sempre que experimentamos alguma coisa nova. Estaria disposta a dar uma olhada no "efeito oculto" que essas críticas têm em você?
P: Acho que sim.
T: O.K., eu gostaria de usar um pouco o desempenho de papéis. Você é muito boa nadadora, portanto, porque não ensaiamos como seria se você fosse me ensinar a nadar? Ouvirei suas instruções e podemos, ambos, imaginar a cena.
P: O.K., a primeira coisa que você precisa fazer é aprender a relaxar na água.
T: Sou muito estúpido pala aprender isso. Nunca pude aprender nada direito desde a quarta série.
P: Bem, você vai ter que tentar e eu lhe darei instruções.
T: Se eu entrar na água vou parecer estúpido.
P: Você tem que entrar na água se vai aprender a nadar.
T: Eu vou deixá-la embaraçada na frente dos outros, porque farei alguma coisa idiota. Tenho certeza. Acontece sempre.
P: Você está começando a me frustrar.
T: Por que você acredita que não posso aprender a nadar? Você me acha muito imbecil?
P: Não, é porque voei acha que é muito estúpido. Não tive sequer uma chance de vê-lo na água. (n)

Nesse ponto, a paciente tomou consciência de que a informação objectiva era necessária à aprendizagem e que, sempre que indicadas, as instruções poderiam ser úteis. Entretanto, todo o processo de aprendizagem poderia ser bloqueado por sua produção contínua de autocríticas, As instruções do terapeuta incluíam um auto-apelo: "Dê um passo de cada vez e compense qualquer falta de habilidade intrínseca com um empenho adicional". O terapeuta e a paciente tiveram que lidar com o medo que ela exibia de embaraçar a si mesma ou ao terapeuta por um comportamento desajeitado, que é esperável em qualquer novato, seja ele um nadador ou um solucionador de problemas.

Outra estratégia para atacar a autocrítica do paciente consiste em ensinar-lhe como fornecer respostas racionais "automáticas" a quaisquer pensamentos automáticos autodepreciativos. O paciente aprende a fazer objecção à validade dessas ideias negativas e a substitui-las por uma avaliação mais razoável de si mesmo. A

técnica de "coluna tríplice", mencionada no Capitulo 8, faculta ao paciente apontar seu pensamento negativo e especificar por que ele é erróneo ou inadaptativo. Essas tarefas para casa são de importância fundamental na implementação das estratégias formuladas durante a entrevista terapêutica.

194

O emprego da técnica de identificação e resposta à autocrítica é ilustrado no caso seguinte. Nele, o paciente foi instruído a fornecer respostas positivas numa situação de desempenho de papéis.

Uma mulher deprimida acreditava ser incompetente como esposa e como mãe. Essa crença básica se manifestava em sua avaliação de suas responsabilidades domésticas. Ao preparar o jantar para a família, comentava, "Espero que esta comida esteja suficientemente boa Se não valer a pena comê-la, arranjo outra coisa para vocês". A experiência de desvalorizar seguidamente os resultados de seu trabalho tinha o efeito de reforçar sua auto-imagem negativa, particularmente considerando que ela valorizava suas responsabilidades familiares mais que qualquer outra coisa. A família, entretanto, aprendera a esperar por suas autocríticas, mas reagia sempre com comentários positivos de apoio, nos quais a paciente não acreditava.

A paciente identificou dois aspectos das autocríticas dotados de uma qualidade de automatismo. Primeiramente, quando quer que empreendesse um trabalho, via-se inundada por imagens de seu marido decepcionando-se com ela. Como resultado, tomava-se cada vez mais ansiosa e concluía que ele deveria esperar "incompetência de uma incompetente". Sua própria autocrítica prosseguia a partir desse ponto. Em segundo lugar, ao ver seu mando (ou mesmo os dois filhos mais velhos), automaticamente verbalizava sua autocrítica "antes que eles possam falar". Além disso, criticava-se por não expressar seus sentimentos e por "ser defensiva" sempre.

A primeira parte do método escolhido para lidar com em: problema consistiu em examinar o significado de suas autocríticas. Esse significado foi buscado a partir de duas perspectivas. Fez-se uma tentativa de examinar objectivamente suas autocráticas, empregando a técnica da coluna tríplice, acompanhada de um longo período de discussão sobre as provas de sua "precariedade no trabalho doméstico". Ela recordou, por exemplo, que muitas vezes as visitas a haviam cumprimentado espontaneamente por seus bolos. A paciente admitiu que muitas de suas autocráticas se caracterizavam pelo exagero de pequenos erros (p. ex.: colocava muitos corantes insossos na cobertura de um bolo e concluía que "O bolo não merecia ser comido").

A segunda perspectiva consistiu em examinar respostas alternativas a suas autocríticas. O terapeuta solicitou à paciente que procurasse lembrar qual a mensagem específica que desejava comunicar a sua família. Ela observou que poderia ter estado tentando dizer, "Digam-se como vocês se sentem acerca de meus esforços" e/ou "Prestem alguma atenção às coisas que faço por aqui". O terapeuta decidiu praticar o desempenho de papéis, instruindo a paciente a transmitir quaisquer mensagens, excepto as de auto-crítica Ela se imaginou no jantar e disse ao terapeuta ("marido"),

"Eu queria assar um bolo do qual você gostasse e usei corante em demasia, mas o sabor deve estar bom"). Nesse ponto, ficou angustiada e disse, "Ele não

se importa com o bolo. Provavelmente pensa no que está errado comigo e em porque não consigo sair dessa depressão". Conseguiu opor-se a essa noção dizendo, "Você vai gostar do bolo, mesmo que não esteja perfeito".

PENSAMENTO ABSOLUTISTA (TUDO-OU-NADA)

Como se assinalou no Capitulo 1, a desordem do pensamento na depressão pode ser analisada em lermos de maneiras primitivas versus formas amadurecidas de organizar a realidade. As pessoas depressivas tendem a fazer amo pios juízos categóricos, ao mesmo tempo em que os significados que associam às experiências tendem a ser extremos, unidimensionais e absolutos. O pensamento mais amadurecido conceitua as situações de vida em muitas dimensões ou qualidades, utiliza termos quantitativos mais que qualitativos e emprega padrões relativos mais que absolutos. Além disso, as pessoas deprimidas tendem a perceber as consequências negativas como irreversíveis.

O pensamento categórico e absolutista pode ser modificado de diversas maneiras.

A busca de ganhos parciais ("prós") nos reveses. Os deprimidos frequentemente apresentam a típica resposta tudo-ou-nada aos acontecimentos adversos. Assim, seu sofrimento tende a ser proporcional à perda simbólica. A rigor, mesmo uma ocorrência que se afigure como uma perda absoluta pode trazer alguns benefícios. Por exemplo, uma paciente que se estivera recobrando de uma depressão ficou abatida após ter pedido um aumento a seu empregador e recebido uma recusa. O terapeuta indagou se existia alguma coisa positiva naquela experiência. Inicialmente, ela retrucou que fora uma experiência "totalmente má". O terapeuta solicitou-lhe então que relacionasse alguns benefícios possíveis. À medida que reflectia, ela conseguiu relacionar os seguintes benefícios:

1. Foi a primeira vez em que consegui reunir a coragem de pedir, portanto, será mais fácil da próxima vez. Preciso aprender a me afirmar mais cedo ou mais tarde.
2. Na realidade, ele foi muito agradável e acho que, a partir de agora, será mais fácil conversarmos.
3. Pensando bem, ele não recusou completamente. Disse que iria considerar a possibilidade de me dar um aumento dentro de poucos meses. Portanto, acho que isso foi um passo naquela direcção.

Outro exemplo é a expectativa de uma única consequência (má) de um dado acontecimento. Um industrial se descobriu apanhado num aperto sério entre os custos ascendentes e a renda diminuída. Só conseguia pensar em falência, até que o terapeuta indagou, "É possível que algo de bom pos-

sa resultar disso?". Ao pensar a esse respeito, o paciente se deu conta de que a situação actual lhe daria uma excelente oportunidade de vender um estoque que havia acumulado ao longo de muitos anos e que havia sentido como um obstáculo à possibilidade de efectuar uma mudança em seus negócios. Concluiu que, na verdade, poderia beneficiar-se da situação e conseguir realizar uma mudança na natureza de seus negócios. De facto, conseguiu eventualmente tirar proveito dessa oportunidade e passar para outro tipo de negócios.

Emprego da auto-interrogação. À medida que o paciente se torna mais acessível a encarar mais objectivamente seu estilo "primitivo" de julgamento, pode ser treinado na utilização de várias técnicas, especialmente a auto-interrogação, no sentido de mudar sua maneira de pensar para um nível mais amadurecido.

Essa técnica vem ilustrada a seguir:

CONCLUSÃO ABSOLUTA DO PACIENTE: Sempre fui um fracasso total.
PERGUNTAS DO TERAPEUTA:

1. Como você define fracasso? Quais são seus padrões?
2. Existiram graus de fracasso, ou seja, foram alguns fracassos mais totais que outros?
3. Se algumas experiências foram apenas fracassos parciais, representaram também sucessos parciais?
4. Houve alguma área de sua vida (amigos, família, trabalho, escola, recreação) em que não haja fracassado, e possa, a rigor, ter alcançado seus objectivos?
5. Mesmo que haja falhado em áreas específicas, será uma consequência necessária disso que você não possa aprimorar-se e sair-se melhor?
6. Os fracassos em alcançar um objectivo fazem de você um fracasso como pessoa?
7. Deveriam as pessoas que experimentaram fracassos ser submetidas à rejeição de outrem?
8. Uma pessoa que sofreu uma derrota deve sujeitar-se a um sofrimento adicional rejeitando a si mesma?

Temos observado que, pela simples proposição dessas questões a si próprios, o paciente pode abrir os compartimentos estanques que encerram seus juízos pré-formados. Uma vez expostos ao arejamento do escrutínio aprofundado, esses juízos se tornam menos arbitrários e inadaptativos.

DIFICULOADES DE CONCENTRAÇÃO E MEMÓRIA

Os problemas do paciente com a concentração e a memória estio frequentemente

inter-relacionados. Ele é incapaz do recapitular informação por não se concentrar no material a ser aprendido. Da mesma forma que em relação a outros sintomas, cabe ao terapeuta assegurar ao paciente que as dificuldades de concentração e memória são sintomas de depressão. São problemas "esperáveis" no paciente deprimido, e não sinais de que sua mente se esteja perdendo.

O problema principal com a concentração do paciente é focalizar adequadamente os objectos. Ele se mostra usualmente preocupado com material diverso daquele em que deseja concentrar-se, como é o exemplo do estudante que quer concentrar-se na palestra de seu professor, mas, em vez disso, remói seus problemas. O terapeuta pode contribuir para que o paciente aprimore sua capacidade de focalização através de uma série de exercícios estruturados, solicitando-lhe, por exemplo, que leia em voz alta, no consultório, trechos curtos de um livro, ou que elabore um problema simples de matemática. Isso também pode ajudar a corrigir a crença do paciente de seu totalmente incapaz de concentrar-se. Após a feitura do exercício, ele é solicitado a comprar um cronómetro de cozinha e praticar a concentração em tarefas específicas entre as sessões, por períodos crescentes de tempo.

Uma paciente, que se havia mostrado incapaz de concentrar-se em qualquer tarefa doméstica por mais de alguns minutos de cada vez, recebeu uma relação de etapas a executar ao lavar sou carro. Para sua surpresa, descobriu que era capaz de dispender 3 horas nessa função e fez um trabalho excelente.

Se o paciente precisa recordar material específico no trabalho ou na escola, pode-se ensinar-lhe o método 2ILER. (Inspecção, Indagação, Leitura, Enunciação e Revisão). Primeiramente, o paciente inspecciona o material que deseja aprender. Isso lhe dá um projecto a partir do qual trabalhar. A seguir, redige indagações específicas sobre o material a ser recordado, o que o auxilia a focalizá-lo e dar-lhe significado. Em seguida, lê o material ou atenta para ele de alguma outra maneira. Segue-se a enunciação do material, seja tomando notas ou falando em voz alta. Como última etapa, o paciente revisa o material (Robinson, 1950).

Um importante subproduto do aguçamento, focalização e orientação para a tarefa é o fato de que essas actividades distraem o paciente de seus pensamentos negativos perseverativos.

198
SINTOMAS COMPORTAMENTAIS

PASSIVIDADE, EVITAÇÃO E INÉRCIA

A inactividade e a passividade do paciente constituem sintomas-alvos centrais. Algumas abordagens desses problemas são discutidas no capítulo sobre métodos comportamentais (7) e no capítulo sobre tarefas para casa (13). Um relato mais detalhado é apresentado em Cognitive Therapy and the emotional disorders (Becker, 1976, pp. 274-287).

A passividade e inactividade observadas na depressão têm sido historicamente encaradas como uma forma de inibição neurofisiológica: retardamento psicomotor. Uma programação de actividades serve, amiúde, para contrapor-se à passividade e ao retardamento aparentes

Programações e projectos de actividades. Um programa de actividades racionalmente elaborado traz diversas vantagens. Algumas delas são: (a) Modifica-se o conceito que o paciente faz de si mesmo (autoconceito). Ele se torna capaz de avaliar mais realisticamente suas experiências. Concomitantemente, com o aprimoramento de seu autoconceito, torna-se mais esperançoso quanto ao futuro. (b) O paciente se desliga de seus pensamentos depressivos dolorosos e de seus afectos desagradáveis, ao transferir sua atenção para a actividade, (c) As reacções dos "outros significativos" se tornam mais positivas, visto que eles geralmente reforçam de modo benéfico as actividades construtivas do paciente. (d) É possível que o paciente comece a sentir prazer em suas actividades, recebendo assim uma recompensa imediata por desenvolvê-las.

Evidentemente, quem quer que haja tratado de pacientes deprimidos sabe que eles frequentemente se esforçam por se tornarem mais activos. Tipicamente, seus familiares e amigos os convencem, incitam e exortam a serem mais activos – sem efeito duradouro. Esses esforços geralmente fracassam porque aqueles indivíduos não compreendem a psicologia da depressão. É essencial, em primeiro lugar, que se crie a motivação para a actividade, expondo um raciocínio claro que possa ser compreendido pelo paciente. De início, cabe ao terapeuta investigar as razões do paciente para sua inactividade.

Existem vários métodos para se determinar as razões da inactividade. Por exemplo, o terapeuta pode recomendar uma actividade ou projecto que esteja claramente dentro das possibilidades do paciente. Se esse expressar relutância ou incapacidade de seguir a sugestão, o terapeuta lhe solicita que detalhe os motivos de sua relutância. Suas "razões" serão tratadas como hipóteses a serem testadas através do planejamento de um projecto específico.

As razões habituais fornecidas pelos pacientes depressivos para sua passividade e resistência em empreender algum projecto são: (a) "É inútil

tentar"; (b) "Não posso fazer isso"; (c) "Se eu tentar qualquer coisa, não irá funcionar e só me sentirei pior"; (d) "Estou cansado demais para fazer qualquer coisa"; (e) "É muito mais fácil ficar simplesmente quieto".

O paciente geralmente aceita como válidas as suas razões para a inactividade, não lhe ocorrendo que elas possam constituir uma falácia ou, pelo menos, ser disfuncionais. Mais tarde, quando o terapeuta delineia um projecto de actividade com o paciente, ambos testam a validade dessas "razões", Se o paciente atinge o objectivo especificado, é importante que o terapeuta verifique se a experiência de sucesso contradiz a atitude errónea (de ser, por exemplo, "fraco demais para fazer qualquer

coisa").

Antes que o projecto seja iniciado, os significados e conotações dos sintomas devem ser explorados e discutidos. A conotação de estar imobilizado, por exemplo, é de o paciente ser "preguiçoso". Ele tende a manter essa visão de si mesmo, assim como fazem as pessoas à sua volta. Como resultado, ele se censura - do mesmo modo que os outros significativos. Ao mobilizar o paciente para a actividade, o terapeuta pode auxiliá-lo a combater suas auto-avaliações desvalorizadoras.

Visto que o desejo de fuga das actividades cotidianas é intenso no paciente deprimido e que suas crenças negativas estão entrincheiradas, é importante que o terapeuta explicite para ele a maneira como se está derrotando involuntariamente, tornando-se mais infeliz por aceitar docilmente suas atitudes autoderrotistas e por ceder a seus desejos regressivos. Cabe ao terapeuta apontar ao paciente, directa ou indirectamente, que, ao questionar suas ideias, ele tem maior probabilidade de sentir-se melhor,

É fundamental que o terapeuta formule suas perguntas e observações acerca das ideias e desejos autoderrotistas do paciente abstendo-se de julgamentos, de uma forma reflectida. Deve evitar o indício de estar repreendendo o paciente. Dado que m pacientes deprimidos geralmente reagem à "crítica" com autocensuras e auto-imobilização adicionais, convém ao terapeuta indagar sobre as reacções deles, a fim de determinar se estão usando os comentários do clínico "contra si mesmos". Além disso, o terapeuta deve ter conhecimento de que suas observações podem ser interpretadas simplesmente como uma exortação para invocar o "poder do pensamento positivo". Compete-lhe indicar claramente que ele e o paciente estão tentando apontar com precisão um problema e providenciar o remédio específico para ele.

O estágio seguinte no tratamento da passividade consiste em atrair o interesse ou a curiosidade do paciente, para que ele ao menos coopere no sentido de tentar desincumbir-se de um projecto simples. Esse objectivo preliminar pode ser alcançado através de uma nova formulação de um projecto específico, explicando-se a lógica daquele procedimento particular e transmitindo-se ao paciente a ideia de que existe uma alternativa menos dolorosa que sentir-se mal da maneira que se sente - através da colaboração

com o terapeuta, engajando-se numa actividade específica. Quando o paciente corresponde ao incentivo à colaboração, uma multiplicidade de métodos cognitivos ou comportamentais verbais pode ser utilizada para capacitá-lo a concluir seu projecto.

Um objectivo desse programa é treinar o paciente a identificar seus pensamentos negativos antes de empreender o projecto específico ou enquanto o realiza. Na medida em que se dá conta de como esses pensamentos automáticos o estão prejudicando, pode começar a contestá-los espontaneamente. Num estágio posterior, aprenderá a corrigi-los e a ver sua situação de: modo mais razoável.

O programa terapêutico pode ser formulado em termos dos seguintes passos: (1)

propor ao paciente um projecto específico; (2) investigar suas razões para opor-se à proposta; (3) solicitar ao paciente que pese a validade de suas "razões" (ou atitudes negativas); (4) apontar-lhe por que essas razões podem ser autoderrotistas ou sem validade; (5) estimular o interesse do paciente em tentar desempenhar a tarefa proposta; (6) formular o projecto de tal forma que o desempenho do paciente possa testar a validade de suas ideias. Assim, a consecução bem-sucedida da tarefa irá contradizer a hipótese do paciente sobre ser incapaz de realizá-la

É importante que o terapeuta tenha em mente que o paciente pode "falhar" num dado projecto. Portanto, a experiência deve ser planejada de tal forma que a informação possa ser útil a despeito dos resultados. Assim, o terapeuta pode investigar as generalizações exacerbadas que acompanham um "fracasso" e apontar a correspondente distorção cognitiva. Em seguida, ele e o paciente podem estabelecer um novo objectivo mais passível de ser alcançado.

O caso que se segue ilustra o emprego de uma programação de actividades, como foi usada pelo terapeuta no tratamento de um homem deprimido de 48 anos.

O paciente estava hospitalizado no pavilhão psiquiátrico de um hospital geral e sua depressão se mostrava particularmente difícil de tratar. O homem havia tentado o suicídio através de envenenamento com monóxido de carbono antes de sua admissão. Sua depressão fora tratada com antidepressivos tricíclicos e psicoterapia de apoio durante oito meses, antes da admissão hospitalar. Tivera melhora reduzida (com excepção da melhora de ânimo à noite) como resultado de cinco tratamentos electroconvulsivos, tendo sido descontinuado o tratamento. O terapeuta sabia, por observações das enfermeiras, que o paciente algumas vezes fura capaz de realizar tarefas relativamente complexas (por exemplo, lavar roupa), mas permanecia imóvel o restante do tempo na sala de repouso dos pacientes. Dessa forma, decidiu preparar com ele uma programação de actividades.

201
TERAPEUTA: Parece-me que você passa a maior parte do dia na sala de repouso. É verdade?
PACIENTE: É, ficar quieto me dá a paz de espírito de que preciso.
T: Quando você se senta lá, como fica seu ânimo?
P: Sinto-me péssimo o tempo todo. Só gostaria de poder cair em alguns buraco e morrer.
T: Você se sente melhor depois de sentar-se por duas ou três horas?
P: Não, a mesma coisa.
T: Quer dizer que você tem ficado sentado na esperança de encontrar paz de espírito, mas parece que sua depressão não melhora.
P: Fico tão entediado!
T: Você consideraria a hipótese de ser mais activo? Há várias razões pelas quais acho que um aumento em seu nível de actividade poderia ajudar.
P: Não há nada a fazer por aqui.

T: Você consideraria tentar algumas actividades, se eu conseguisse produzir uma relação?
P: Se você acha que vai ajudar, mas penso que está perdendo seu tempo. Não tenho quaisquer interesses.
T: Vamos verificar se estou perdendo meu tempo. Gostaria de saber se você se sente melhor ou pior depois de alguma actividade… para verificar de que modo isso influi em seu tédio. Quanto a seus interesses, deveríamos considerar algumas das coisas que lhe proporcionavam prazer no passado e ver quais seriam suas reacções agora mesmo não estando interessado.

Paciente e terapeuta reviram a seguir uma lista de actividades potenciais, disponível no pavilhão. O paciente sustentou que não estava interessado em nenhuma delas (sua razão para a inactividade). Mais uma vez, o terapeuta estabeleceu a diferença entre (a) o objectivo de fazer algo interessante e (b) o estar disposto a fazer algo que rompesse o padrão de inactividade.

TERAPEUTA: A que horas você decide ir-se sentar na sala de repouso?
PACIENTE: Logo depois do café da manhã.
T: O.K., essa é a primeira hora em que nos podemos encontrar. Escolha uma actividade que você estaria disposto a realizar logo depois do café da manhã.
P: Bem, ginástica, não… eu ficaria enjoado se fizesse exercícios logo depois do café.
T: Bem, que tal uma actividade que mantivesse sua mente trabalhando? Podemos deixar a ginástica para mais tarde, durante a manhã, se você concordar.
P: acho que eu poderia ouvir rádio. (O terapeuta observa a ligeira mudança na atitude do paciente, mas percebe que essa actividade poderia ser completada na sala de repouso.)
T: Isso seria bom, se você pudesse distrair-se de suas preocupações com o programa. Há alguma actividade que você pudesse realizar mantendo-se afastado das imediações da sala de repouso?
P: Acho que poderia ir até a Terapia Ocupacional, mas me entediaria com muita facilidade.

T: Ir à T.O. parece uma boa ideia. Você poderia trabalhar num projecto específico? Em que você conseguiria pensar?
P: Talvez pudesse fazer um cinto para meu filho.
T: Isso é bom. Depois podemos investigar melhor o que o faz sentir-se entediado. Você que pensamentos lhe ocorrem quando se entendia?
P: Não sei.
T: Bem, porque não estabelecemos o objectivo de descobrir? Primeiro, vamos colocar a terapia ocupacional na programação de actividades. Depois, seu segundo objectivo será "pescar" seus pensamentos quando fica entediado. Se você se sentir assim,

procure apreender esses pensamentos e anote-os. Mais tarde, pode participar das outras actividades, digamos, do grupo de ginástica, e depois ouvir rádio. (O terapeuta anota as actividades numa lista). Se você se sentir entediado, pode tentar captar esses pensamentos… Quais são reacções a esse plano?
P: Estou disposto a tentar, mas acho que você está perdendo seu tempo comigo.

Para surpresa dos membros da equipe, o paciente foi para o programa de terapia ocupacional (que era chefiado por um terapeuta de orientação behaviorista), onde permaneceu por 40 minutos. Conseguiu observar alguns pensamentos "maçantes": "Tenho que sair daqui. Tenho muito que fazer e casa" e "se meu patrão me visse aqui fazendo um cinto, na certa me despediria". Esses pensamentos foram discutidos na sessão terapêutica seguinte. O paciente contou haver-se sentido melhor durante os primeiros 30 minutos da programação de actividades, mas a seguir sentiu-se "pior", após um período em que ficou remoendo as consequências de sua hospitalização.

Vale a pena observar que o paciente percebeu cognições muito informativas associadas ao sentimento de tédio. O terapeuta não teria descoberto esses pensamentos depressivos se a programação de actividade não tivesse sido implementada e se o paciente não houvesse recebido a tarefa de reconhecer seus pensamentos depressogénicos. A queda no ânimo do paciente após 30 minutos não foi uma experiência verdadeiramente negativa, porque trouxe a oportunidade de reunir suas cognições negativas características. Nas duas sessões seguintes, a terapia focalizou a preocupação do paciente de que seu empregador iria criticá-lo por sua depressão. O paciente manteve a tarefa de programar actividades como trabalho de casa. Dentro de três dias, seu "tédio" decresceu e, mais tarde, chegou mesmo a considerar interessantes algumas das actividades.

Um programa mais amplo que compreendia uma tabela de actividades pode ser utilizado para auxiliar o paciente que esteja relativamente inactivo, porém não imobilizado. A programação hora a hora oferece uma alternativa definida e específica à inactividade e, quando é incluído o projecto adicional de "captar" os pensamentos negativos, o paciente pode usar a estrutura

fornecida pela programação de actividades para obter informações adicionais úteis.

Um dos problemas potenciais ligados à atribuição da programação de actividades é que o paciente pode reagir negativamente, se a tabela for rígida e exigente.

1. Interpretara seu fracasso em cumprir os horários da tabela ou completar todas as actividades como um "sinal grave".
2. Poderá interpretar a necessidade de uma programação de actividades como prova de seu grau de regressão.

Desenvolvemos uma técnica específica (a prescrição de tarefas graduadas) com

base nessas experiências clínicas e dados de pesquisa. A técnica é semelhante à programação de actividades, no sentido de que é usada para ampliar as actividades, melhorar o optimismo e elevar o ânimo, demonstrando ao paciente que suas previsões acerca de suas habilidades são irrealisticamente negativas.

Prescrição de Tarefas Graduadas. A opção pela prescrição de tarefas graduadas, em vez da programação padronizada de actividades, baseia-se no estado do paciente. Em geral, com pacientes mais gravemente deprimidos, as tarefas graduadas são empregadas para que a terapia possa monitorar cada passo dado pelo paciente. Elas facultam ao terapeuta subdividir uma tarefa em seus componentes, adaptados sob medida ao nível comportamental do paciente. A programação padronizada de actividades, por outro lado, é empregada com maior frequência com o paciente que o terapeuta acredita capaz de actividades regulares. Naturalmente, essa distinção permanece algo artificial sem o conhecimento de algum paciente em particular. As duas técnicas podem ser empregadas simultaneamente, quando o paciente funciona num nível aceitável de actividade, mas vem tentando dominar uma tarefa mais difícil (podendo, portanto, beneficiar-se de uma abordagem de tarefas graduadas).

ENFRENTAMENTO PREJUDICADO DE "PROBLEMAS PRÁTICOS"

O paciente frequentemente apresenta problemas de ordem prática com que se depara em sua vida. Podem consistir em dificuldades para encontrar um emprego, problemas ligados às funções parentais ou problemas organizacionais em geral. Conquanto não sejam sintomas depressivos, essas dificuldades práticas são discutidas na secção do manual que versa sobre o comportamento, por requererem que paciente faça algo para modificar seu ambiente.

O terapeuta deve ser capaz de discriminar entre os problemas reais do paciente e sua distorção dos factos. Os problemas práticos não devem

ser evitados simplesmente em vista de sua natureza não psicológica. Sua resolução muitas vezes melhora ou reduz os problemas psicológicos. Em alguns casos, os problemas psicológicos se desenvolvem a partir de dificuldades práticas não resolvidas. Esta é uma versão do que Beck (1976) chama a "síndrome do cisco no olho": "... uma pessoa pode contorcer-se de dor e ficar impedida de andar, comer, conversar longamente ou desempenhar actividades construtivas mínimas por causa de um cisco no olho. A síndrome do 'cisco no olho' provavelmente ocorre com maior frequência entre os pacientes psiquiátricos do que geralmente se tem ideia" (p. 227).

Uma paciente, por exemplo, conseguiu evitar uma terapia prolongada pelo uso de uma intervenção simples. A mulher veio para a terapia queixando-se de fadiga e incapacidade de enfrentar suas responsabilidades cotidianas. Uma análise do problema revelou que ela vinha dispendendo quase todo o seu tempo servindo de chauffeuse a cinco filhos com actividades diversificadas. Isso lhe deixava pouco tempo para suas

outras obrigações, além de, virtualmente falando, nenhum tempo livre. Depois de aceitar a sugestão do terapeuta para contratar um motorista para as crianças, seus sintomas psicológicos desapareceram rapidamente.

Quando o paciente apresenta um problema que ultrapassa a competência do terapeuta, ele não deve hesitar em encaminhá-lo a um especialista. Esse encaminhamento pode ser para consultas médicas, legais, financeiras ou vocacionais.

DÉFICITS NAS APTIDÕES SOCIAIS

O paciente deprimido geralmente não funciona cm seu nível normal em quase todos os domínios de sua vida, incluindo a esfera social. Pode evitar activamente os outros ou aquiescer depressa demais aos desejos de terceiros. Habitualmente, o paciente dispõe de aptidões sociais adequadas, mas não as está utilizando. O objectivo, portanto, passa a ser o de reactivar antigas habilidades, ao invés de ensinar novas técnicas.

Muitos dos procedimentos cognitivos/comportamentais anteriormente delineados, tais como as prescrições de tarefas graduadas, o ensaio comportamental e o desenvolvimento de experimentos, podem ser empregados para alcançar esse objectivo. Os métodos padronizados de treinamento de auto-afirmação também são utilizados. Dado que existem vários livros excelentes sobre o treinamento da afirmação, esses métodos não serão descritos aqui.

SINTOMAS FISIOLÓGICOS

DISTÚRBIOS DO SONO

A dificuldade de dormir é um dos sintomas mais marcantes da depressão. A maioria dos pacientes clinicamente deprimidos apresenta algum tipo de distúrbio do sono. Esses problemas incluem dificuldade de adormecer, sono agitado e o despertar cedo demais pela manhã. Em geral, o paciente recupera seu padrão de sono normal depois que a depressão se reduz.

O terapeuta comumente precisa dar ao paciente informações básicas sobre o sono. Embora os pacientes deprimidos efectivamente durmam menos que as pessoas normais, muitos exageram a extensão de sua insónia. O paciente que declara haver passado toda a noite em claro terá tido, possivelmente, um sono leve, boa parte do tempo. A minimização feita pelo paciente do tempo real de sono vem geralmente acompanhada da crença de que precisa de maior número de horas de sono do que são efectivamente necessárias. Um paciente acreditava, por exemplo, estar comprometendo seriamente sua saúde por não dormir o suficiente. Esse tipo de conceituação naturalmente agrava a insónia. Cabe ao terapeuta corrigir essas falsas concepções e frisar que o sono perdido não é uma catástrofe, uma vez que pode ser

facilmente recuperado.

Pode-se dizer ao paciente que, à medida que melhore em outras áreas de sua vida, começará a dormir melhor. Por exemplo, se um paciente vem gastando grande parte de seu dia sentado numa cadeira, deitado num sofá ou tirando cochilos, provavelmente não sentirá sono à noite, entretanto, uma vez que se torne mais activo, particularmente se isso incluir alguma forma de actividade física, naturalmente dormirá melhor à noite. Embora a ginástica permita ao paciente dormir melhor, não deve ser feita antes de deitar-se, pois pode excitar o paciente.

O tratamento usual para os distúrbios do sono consiste em ensinar o paciente a relaxar; isso pode ser feito com o auxílio de gravações em fita "cassete". Alguns métodos padronizados de relaxamento são utilizados, a isso se acrescentando a visualização de alguma cena agradável pelo paciente enquanto procura dormir. Também lhe será possível relaxar respirando profundamente ou usando exercícios de ioga.

O paciente é estimulado a descobrir qual é seu ciclo natural de sono e a deitar-se apenas quando estiver cansado. Uma rotina fixa imediatamente antes de ir para a cama, tal como beber um copo de leite, pode mostrar-se útil. Estimulantes, como o café ou o chá, devem ser evitados antes de deitar. Finalmente, se o paciente não puder dormir, será melhor que saia da cama e faça alguma coisa, ao invés de ficar acordado na cama experimentando pensamentos desagradáveis.

206

A perda do apetite e do interesse sexual são, frequentemente, os primeiros sintomas da depressão. Ambos parecem ser manifestações da perda generalizada de prazer do paciente em quaisquer actividades. À medida que a depressão se esvai, o apetite por alimento e sexo habitualmente retorna. O simples facto de dizer isso ao paciente pode ser útil.

O apetite diminuído ou a perda de interesse sexual geralmente não incomodam grandemente o paciente deprimido. Por essa razão, esses sintomas raramente são transformados em alvos de mudança. Quanto o são, os exercícios de conscientização sensorial e levar o paciente a objectar com garra os pensamentos «estraga-prazer» costumam ser procedimentos úteis. O terapeuta deve estar igualmente alerta para quaisquer actividades sensoriais as quais o paciente possa estar-se entregando em excesso. Entregar-se excessivamente a uma modalidade sensorial muitas vezes resulta na perda de prazer em outras modalidades.

Alguns pacientes comem demais e engordam ao ficarem deprimidos, enquanto outros engordam enquanto moderadamente deprimidos e emagrecem quando em depressão aguda. Os pacientes frequentemente se mostram apreensivos a respeito de ganharem peso. Visto que fazer um regime para perder peso é um processo difícil para um paciente deprimido, o objectivo inicial é lave-lo simplesmente a manter seu peso actual e parar de engordar. Quando começa a sentir-se melhor, pode tentar perder peso. Métodos cognitivos e comportamentais são usados para a redução de peso. Para

uma discussão mais detalhada desses métodos, consultar Mahoney e Mahoney (1976) e (1977).

CONTEXTO SOCIAL DOS SINTOMAS

Como se assinalou anteriormente, um entrevistador hábil é capaz de entremear questões acerca de sintomas com perguntas pertinentes à situação real do paciente e a sua maneira idiossincrática de interpretar suas experiências presentes. Assim, a maioria dos sintomas tende a estar relacionada a um conjunto social específico. Os sentimentos de culpa, redução da satisfação, isolamento e aparente retardamento do paciente estão geralmente envoltos pela maneira como ele interpreta os acontecimentos externos específicos, como se avalia e como acredita que os outros o avaliam.

Tomemos, por exemplo, um advogado de meia-idade que diz desejar auxílio profissional por querer separar-se da esposa. Verificamos, contudo, que ele apresenta um amplo espectro de sintomas: abandono, desejos suicidas, isolamento social, perda de gratificação, sentimentos de culpa, perda de motivação, indecisão, autocensuras e auto-enculpamento.

À medida que sua história se desdobra, percebemos que praticamente todos os seus sintomas se relacionam uns aos outros e têm um significado definido em termos do contexto social. Ele se afastou dos sócios no escritório, assim como de seus amigos, porque acredita ser um sujeito maçante e fracassado e por representar um fardo para eles. Critica-se por não ser mais amistoso e por «fugir» de suas responsabilidades no trabalho e em casa. Evita assumir responsabilidades e não encontra qualquer motivação para empreender nenhuma actividade, porque acredita que irá sair-se mal. Sua perda de gratificação está associada à censura constante de si mesmo, quando quer que se empenhe em actividades profissionais, sociais ou solitárias. Sente-se triste em decorrência de sua decepção ao perceber seus fracassos. Experimenta culpa por acreditar que desapontou a todos aqueles que lhe são importantes: sua esposa, seus amigos, seus sócios legais e seus clientes. Mostra-se desesperançado por crer que suas inadequações actuais são irreversíveis e que, portanto, continuará a fracassar (se empreender qualquer acção) e continuará a sofrer por seus fracassos. Uma vez que sua vida actual é desprovida de satisfações e sobrecarregada por sentimentos dolorosos de culpa e tristeza, e como não vê nenhuma probabilidade de qualquer melhora, busca uma forma de escapar. A única saída em que pode pensar é acabar com a vida: é suicida. Todos os sintomas desse paciente estão inter-relacionados, pois compartilham de um vínculo comum com o problema psicológico central: a visão negativista do paciente acerca de si mesmo, seu futuro e suas experiências. Essa construção negativa se superpõe a todos os relacionamentos, actividades ou experiências significativas para ele.

Ora, como explicamos a «razão» do paciente que procura ajuda? Descobrimos que ele quer a separação ou o divórcio porque acredita ser um fardo para sua esposa, como resultado de seus muitos supostos fracassos. Entretanto, enquanto dividir um lar com ela, não poderá evitá-la da maneira que evita seus sócios comerciais e seus amigos. Ao separar-se, acredita que poderá eliminar uma influência maligna da vida dela.

Ao «atacar» os sintomas-alvo, o terapeuta precisa estar consciente de como eles se inter-relacionam e de como se associam às relações interpessoais, expectativas de papel e actividades. Acima de tudo, precisa desvendar a relação entre os sintomas e a tendenciosidade negativa sistemática do paciente ao avaliar a si próprio e a suas experiências. Em suma, os sintomas têm que ser encarados concomitantemente num contexto social (as relações interpessoais significativas) e a partir de uma perspectiva cognitiva (o significado de suas experiências). Uma vez que o terapeuta ajuda o paciente a elaborar um programa terapêutico, precisa empregar cada projecto numa situação específica, que se relacione com os sintomas dados e com as conceituações negativas generalizadas.

capítulo 10

TÉCNICAS ESPECÍFICAS PARA O PACIENTE SUICIDA

AVALIANDO O RISCO DE SUICÍDIO

Dado que os desejos suicidas são um problema predominante e potencialmente letal nos pacientes deprimidos, é importante que o terapeuta compreenda por que o paciente considera uma acção tão drástica. Assim, estará em melhor posição para seleccionar técnicas apropriadas e eficazes para lidar com esse problema particular. Entretanto, nenhuma estratégia anti-suicida será de qualquer valor, a menos que o terapeuta consiga detectar e avaliar o grau de intencional idade suicida.

Muitos profissionais ainda crêem no mito de que interrogar uma pessoa deprimida acerca da presença do ideias suicidas pode "colocar a ideia em sua cabeça", ou torná-la mais aceitável, se já estiver pensando nela. Na realidade, temos observado que incitar o paciente a falar sobre suas ideias suicidas geralmente o ajuda a percebê-las mais objectivamente, proporciona informações necessárias à intervenção terapêutica e oferece algum grau de alívio.

Os terapeutas, do mesmo modo que os amigos e familiares, são frequentemente surpreendidos pela tentativa de suicídio de um paciente, porque têm conhecimento apenas dos factores que (de acordo com sua perspectiva) favoreceriam seu desejo de continuar a viver. Após essa tentativa de suicídio, poderão dizer, "Ele parecia estar bem", ou "Tinha tudo por quê viver", ou "Estava fazendo progressos reais na terapia". Essas afirmações indicam ou que o terapeuta e as pessoas do ambiente social imediato

tinham estado impermeáveis aos sinais de desejos suicidas, ou que o indivíduo fora hábil em ocultar seus pensamentos suicidas. Ademais, tais afirmações ilustram a incongruência entre a própria percepção do paciente

acerca de sua situação de vida e a percepção «mais realista" das pessoas significativas em seu meio social.

Ao avaliar o risco suicida num indivíduo, o profissional deve levar em conta factores tais como o método considerado pelo indivíduo, sua familiaridade com doses letais de medicamentos ou outras formas de autodestruição e seu acesso a instrumentos de suicídio, assim como armas de fogo ou um número adequado de soporíferos. Outro factor a ser considerado é a presença de recursos ambientais para a intervenção, que incluem a probabilidade de detecção da intenção suicida por outra pessoa, a intervenção em tempo hábil para prevenir a tentativa de suicídio e a assistência para que se obtenha auxílio médico imediato e adequado após uma tentativa. Evidentemente, a presença de um sistema de apoio social viável constitui um recurso terapêutico.

Os sinais de planos suicidas podem ser detectados em comportamentos declarados, tais como o ocultamento, a decisão súbita de fazer um testamento ou declarações verbais. Um indivíduo suicida pode dizer, por exemplo, «Não quero continuar a viver» ou «Quero acabar com tudo», Outras afirmações que sugerem a intenção suicida incluem, «Não vou mais aguentar isso», "Sou um fardo para todo o mundo", "As coisas nunca irão melhorar" e "Toda a minha vida tem sido um desperdício". Algumas vezes, a expressão da intenção suicida é indirecta, podendo ser entendida apenas retrospectivamente. Por exemplo, um paciente deprimido saindo de um hospital em licença de fim de semana pode declarar, "Acho que vocês não me verão outra vez", ou "Quero agradecer-lhes por tentarem ajudar-me com tanto empenho". Ou ainda, ao recolher-se à noite, o paciente pode dizer "adeus" em lugar de "boa noite". É importante observar que 40% dos suicidas que tentaram e conseguirem matar-se haviam visitado serviços médicos e psiquiátricos na semana anterior à acção suicida (Yessler, Gibbs e Becker, 1961).

Alguns estudos sistemáticos têm demonstrado que um período de calma pode acompanhar a decisão de cometer suicídio (Keith-Spiegel e Spiegel, 1967). O súbito aparecimento de tranquilidade num paciente anteriormente agitado anteriormente agitado é um sinal de perigo, frequentemente mal interpretado por terceiros como sinal de melhora. Essa má interpretação leva a um decréscimo da vigilância, que facilita a tentativa bem-sucedida de suicídio.

A INTENÇÃO SUICIDA COMO UM CONTINUUM

O grau de intenção suicida de uma pessoa pode ser encarado como um ponto num continuum. Num dos extremos encontra-se a intenção absoluta de matar-se e, no

outro, a intenção de continuar a viver. Muitas formas

diferentes de intenção podem ser encontradas ao longo do continuum. Um jogo com a morte pode ser exemplificado pelo indivíduo que joga roleta russa com um sentimento de resignação face às probabilidades de vir a morrer. Outro ponto no continuum ilustrado pela mulher rejeitada que ingere uma superdose potencialmente letal de um sedativo e, a seguir, telefona para seu amado. Pensa em deixar ao destino a possibilidade de o homem amado chegar ou não a tempo de salvar sua vida. Presumivelmente, se ele não a amasse o bastante para correr em seu socorro, então ela morreria. Também no continuum da intenção suicida se encontra o indivíduo que simplesmente deseja parar de viver. Embora as declarações do tipo "Não consigo mais suportar as coisas" não representem, necessariamente, um desejo de matar-se, constituem frequentemente a manifestação de um desejo de barrar todas as experiências de tristeza, pelo menos por um período de tempo. O desejo do paciente deprimido de escapar à vida pode ser tão intenso que a ideia de suicídio represente um alívio para sua situação actual.

Alguns factores ao acaso podem influir na balança a favor do suicídio. Por exemplo, um homem cronicamente suicida conseguiu conter aquele impulso até que sua esposa lhe disse que estava grávida. A perspectiva de tornar-se pai o inclinou a uma tentativa fatal de suicídio. De modo semelhante, um paciente com depressões periódicas, acompanhadas de desejos suicidas, sempre se voltava para seu médico em busca de apoio quando esses desejos se tornavam mais fortes. Quando seu médico cancelou uma coisa por estar doente, o paciente suicidou-se. O bilhete que deixou indicava ter considerado a consulta cancelada como "a última gota" numa série de desapontamentos.

EXPLORANDO OS MOTIVOS DO SUICÍDIO

Como discutiremos mais adiante, o terapeuta deve começar a lidar terapeuticamente com os desejos suicidas na entrevista inicial. As razões obtidas do paciente sobre sua tentativa de suicídio ou seus desejos suicidas actuais fornecem uma porta de entrada promissora para a intervenção prematura.

Temos observado que as razões mais comumente relatadas pelos pacientes para suas tentativas recentes de suicídio ou desejos suicidas são facilmente categorizáveis. Alguns afirmam que seu objectivo é desistir e escapar da vida, em busca de um ponto final. A vida é simplesmente "demais", ou "não vale a pena ser vivida". Sua angústia mental ou emocional interior é intolerávce; eles não vêem saída para suas situações problemáticas e estão "cansados de lutar".

Outros a tentar o suicídio declaram haver jogado com a morte para produzir alguma mudança interpessoal. Dizem haver esperado que a tem-

tativa de suicídio trouxesse de volta alguma pessoa emocionalmente importante, levasse outras pessoas a se darem conta de que "a ajuda é necessária", solucionasse algum problema do ambiente, ou os auxiliasse a dar entrada num hospital, como refúgio temporário de seu meio. Temos frequentemente observado uma combinação dos motivos acima, ou seja, tanto a fuga da vida como a manipulação do outro. Quando o motivo é primariamente manipulatório, a tentativa de suicídio é menos séria do que quando a meia principal é escapar à vida.

Dentre os 200 pacientes numa amostra de indivíduos hospitalizados por tentativa de suicídio, 111 (56%) apresentaram razões para seu gesto que se enquadravam na categoria do escape/término. Em suma, a maioria dos pacientes considerava a vida indesejável, queria escapar a ela e era atraída para o suicídio como única solução viável para seus problemas. Em contraste, 13% dos pacientes indicaram haver tentado suicídio com o único propósito de arriscar a produção de alguma mudança nos outros ou no meio circundante.

Os demais 31% da amostra expuseram combinações variáveis de motivos de fuga e manipulatórios para suas tentativas suicidas. Os que apresentaram escores elevados de desamparo e depressão mostraram-se mais inclinados a declarar a "ruga da vida" e o "término" como razões para seu gesto. Inversamente, os menos desamparados e menos deprimidos tenderam a apontar razões manipulativas para seus actos suicidas (Kovacs, Beck e Weissman, 1975).

Como estágio primário crucial na ajuda ao paciente suicida, o terapeuta precisa penetrar em seu mundo e encará-lo através das lentes do paciente. O tipo de motivo autodestrutivo relatado pode orientar as decisões do clínico acerca do foco e das técnicas terapêuticas. Por exemplo, se o objectivo do paciente é encontrar um fim, escapando para a morte através do suicídio, seu sentimento de abandono e falta de expectativas positivas deveriam ser o ponto focal. Se sua visão desesperançada se baseia amplamente na realidade, como, por exemplo, na pobreza extrema, nos distúrbios de ordem médica ou no isolamento social, seria indicada uma intervenção social apropriada. Entretanto, quando as expectativas negativistas abrangentes, sinal da desesperança, se fundamentam em formas distorcidas ou patológicas de encarar a si mesmo e ao mundo, o terapeuta deve dirigir o foco pura as falsas concertações e os sistemas de crenças irracionais.

Se um paciente tentou suicídio para afectar ou influenciar outras pessoas, o terapeuta poderá ajudá-lo a discriminar seus vários motivos manipulatórios. Foi a tentativa de suicídio desencadeada pelo desejo de amor e afecto, pela necessidade de vingança, ou pela premência de expressar sentimentos hostis? Relacionou-se a um colapso nas formas convencionais de comunicação interpessoal? Quando o objectivo de influenciar outra

pessoa através da tentativa de suicídio está relacionado, por exemplo, à incapacidade

de comunicar seus próprios problemas, o terapeuta pode enfocar a identificação de técnicas interpessoais inadaptativas ou deficientes e ensinar ao paciente métodos mais adaptativos de relacionar-se com outras pessoas.

O terapeuta deve ser capaz de sentir por que o paciente se move no sentido de matar-se e vivenciar, em algum grau, o desespero e o delírio dele. Essa compreensão e empatia na"o apenas lhe permitem adaptar suas estratégias de ajuda às necessidades específicas do paciente, mas também transmitem a este que é "compreendido". O terapeuta deve ser capaz de lidar com a noção de que, dadas as circunstâncias do paciente, os desejos suicidas não são "loucos" - mas podem, de fato, afigurar-se como uma dedução lógica a partir daquelas circunstâncias. Só então pode trabalhar com o paciente para desvendar as pressuposições erróneas ou a lógica precária que constitui a base para o impulso suicida.

INCLINANDO A BALANÇA CONTRA O SUICÍDUIO

De início, é importante que o terapeuta "ganhe tempo", até que o período de risco de suicídio haja passado. Uma estratégia para influenciar o paciente a adiar o suicídio é engajá-lo de tal forma no processo terapêutico que ele decida "aguentá-lo" até ver a que leva a terapia. Assim, o terapeuta precisa despertar e manter a curiosidade do paciente e estimular seu interesse na abordagem terapêutica. Além disso, deve manter uma continuidade entre as sessões. Pode, por exemplo, estabelecer a ponte para a sessão seguinte eliciando perguntas por parte do paciente e reagindo com comentários do tipo, "Essa é uma questão curiosa. Tenho algumas ideias sobre ela agora, mas trataremos disso mais detalhadamente na próxima sessão. Você estaria disposto a anotar alguns dos seus próprios pensamentos sobre o assunto entre hoje e a próxima consulta?

Não é necessário, e nem mesmo possível maioria dos casos, obter um compromisso válido do paciente no sentido de que ele nunca cometerá suicídio. Uma promessa ou "contrato" para adiar o suicídio por uma ou duas semanas pode não ser honrada sob a pressão de um desejo intenso de morrer. Ao encarar objectivamente esses desejos e admitir a possibilidade de que possam estar baseados em um raciocínio sem validade, o paciente pode sentir-se motivado a retardar a acção sugerida por seus desejos suicidas, até havê-los explorado melhor com o terapeuta.

Uma vez que formula seu plano de tratamento, é útil ao terapeuta tratar a decisão de cometer suicídio como a consequência da luta entre os desejos de vida do paciente e seus desejos de morte. Como numa declara-

ção de guerra, uma decisão irrevogável pode ser tomada com base na margem de um único voto, por assim dizer. Inicialmente, portanto, os esforços do terapeuta devem dirigir-se a inverter os votos, favorecendo a vida.

Uma vez que o paciente haja concordado em pesar os prós e contras do suicido, o

terapeuta pode proceder à eliciação das "Razões para Viver" e das "Razões para Morrer". Embora o paciente possa, a princípio, encontrar dificuldades em enumerar quaisquer razões para viver nesse exacto momento, é geralmente capaz de recordar suas razões para viver num período anterior mais feliz. Um auxiliar técnico consiste em desenhar duas colunas num quadro negro ou numa folha de papel. Terapeuta e paciente podem relacionar ali as razões a favor da vida que se mostraram válidas no passado. O terapeuta prossegue determinando quais das razões 0"passadas" são válidas no presente ou, pelo menos, seriam válidas no futuro. É interessante observar que o paciente suicida terá geralmente tornado nulos esses factores positivos de sua vida: (a) esquecendo-os, (b) ignorando-os, ou (c) desmerecendo seu valor. Injectando razões para viver na avaliação que o paciente faz de suas circunstâncias de vida, o terapeuta consegue proporcionar-lhe um peso para contrabalançar suas razões para morrer.

O terapeuta deve exercer cautela ao sugerir factores positivos na vida do paciente. Se ele perceber que o terapeuta está tentando "dissuadi-lo" do suicídio, poderá tornar-se negativista. Assim, a abordagem deve ter um sabor empírico, como que a dizer, "Embora você possa estar convencido de que sua decisão é acertada, vale a pena relacionar os factores positivos de sua vida e verificar o que pensa deles". O terapeuta pode então sugerir ao paciente que estime o valor de cada um desses factores.

Após relacionarem as vantagens de viver, terapeuta e paciente podem então relacionar as vantagens e desvantagens de morrer. Depois desse processo, o paciente suicida geralmente aumenta sua objectividade e suas razões para morrer já não parecem tão absolutas e compulsivas quanto antes.

É fundamental que o terapeuta encare seriamente as razões do paciente para morrer e não descarte cavalheirescamente o que lhe poderia afigurar-se como uma razão trivial ou irracional para o suicídio. Acima de tudo, deve evitar o uso de tácticas como declarar levianamente, "Se você quer se matar, vá em frente e faça-o".

Cabe também ao terapeuta reconhecer que pode ser muito doloroso para o paciente reconsiderar suas razões para matar-se. Ele pode haver passado por um enorme tumulto antes de decidir pôr um fim a seu sofrimento através do suicídio e reabrir a questão pode significar, para ele, ter que enfrentar um outro período de perturbação e prolongar seu sofrimento.

LIDANDO COM A DESESPERANÇA

Quando indagado sobre por que deseja cometer suicídio, o paciente seriamente suicida de um modo geral dá respostas como as seguintes:

1. Não há sentido em viver. Não tenho nada por que esperar.
2. Simplesmente não consigo suportar a vida. Nunca poderei ser feliz.
3. Estou-me sentindo tão infeliz que essa é a única maneira de escapar.

4. Sou um fardo para minha família e eles ficarão melhor sem mim.

Observe-se que todas essas declarações se relacionam, de algum modo, ao desamparo. O paciente encara o suicídio, tipicamente, como a maneira mais atraente de lidar com seus problemas. Vê-se na armadilha de uma situação ruim da qual não há escapatória e acha insuportável continuar nessa situação. Considera o suicídio a única maneira de lidar com seus problemas "insolúveis".

Se a desesperança está no âmago dos desejos suicidas, uma multiplicidade de métodos pode ser utilizada para transmitir ao paciente que (a) existem interpretações alternativas para sua situação de vida e seu futuro menos horrendas que as que ele adopta e (b) ele dispõe de outras opções além de seu comportamento actual, que pode, na realidade, estar conduzido a um beco sem saída. Um exemplo aparentemente prosaico de comportamento não adaptativo é ilustrado por uma jovem que se tornara progressivamente desesperada e suicida porque seu namorado não lhe telefonara por vários dias. Indagada sobre se haveria algo que pudesse fazer, além de ficar sentada ao lado do telefone, aguardando que ele a chamasse, animou-se e respondeu: "Bem, eu poderia telefonar para ele".

Procuramos discutir o sentimento de desamparo do paciente na primeira entrevista. Mais tarde, tentamos induzi-lo a reconhecer o grau de raciocínio ilógico e de pressuposições erróneas que compõem as ideias de abandono. Desenvolvemos uma Escala de Desesperança que serve como acessório útil para avaliar indirectamente o grau de risco de suicídio (Beck e al., 1974). Um escore elevado nessa escala é quase sempre um sinal de acentuada intenção suicida e, a rigor, é um preditor mais seguro da intenção suicida do que a depressão (Beck et al., 1975). Essa escala, que leva apenas alguns minutos para ser completada, pode ser entregue ao paciente suicida antes de cada entrevista - para fornecer ao terapeuta uma leitura rápida do risco actual de suicídio.

Se a avaliação clínica e psicométrica indicar um nível elevado de desesperança e desejos suicidas associados, o terapeuta deve orientar sua abordagem terapêutica para lidar com esses problemas imediatamente. Não se pode permitir o luxo de esperar várias sessões até que o quadro evolua.

Se a compulsão do paciente a matar-se não for explorada de imediato, ele poderá não estar vivo por ocasião da próxima entrevista marcada. Além disso, é desejável, amiúde, manter contacto telefónico com o paciente até que a crise suicida haja passado. Às vezes convém notificar membros da família ou um amigo sobre o problema, obtendo sua cooperação para o desenvolvimento de um regime terapêutico.

A estratégia terapêutica particular utilizada no trato do desamparo do paciente se baseia na premissa de que ele está encerrado em suas conclusões arbitrárias. Não lhe ocorre questionar essas crenças. Mesmo quando questionadas pelo terapeuta, elas ainda lhe parecem razoáveis. Entretanto, atraindo seu interesse para a exploração da validade de suas ideias fixas, conseguidos destrancar esse sistema fechado. À medida

que reflecte sobre as evidencias que se opõem a sua ideia fixa, ele próprio pode recordar informações que contradigam essa crença. Ao introduzir a "dissonância cognitiva", ou seja, demonstrar as contradições no interior do sistema de crenças, conseguimos abrir à razão e à informação correctiva aquele sistema fechado. Uma técnica ilustrada em alguns dos casos deste capítulo consiste em introduzir provas que sejam contraditórias às ideias fixas. Dado que as crenças do paciente não conseguem acomodar prontamente a anomalia, tornam-se mais acessíveis à modificação.

Uma mulher vinda experimentando intensos desejos suicidas após haver rompido um relacionamento com seu segundo marido. Quando o terapeuta a questionou acerca das razões por que sentia que o suicídio era a única resposta para seus problemas, declarou "Não posso viver sem o Peter". Questionada mais adiante, afirmou, "Simplesmente não consigo viver sem um homem".

Quando lhe foi indagado se sempre havia precisado de um homem para existir, a paciente vivenciou um "estalo cognitivo". Com uma expressão iluminada, declarou: "Na verdade, a melhor época da minha vida foi quando estive completamente sozinha. Meu ex-marido estava no exército e eu estava trabalhando e morando sozinha". A anomalia, nesse exemplo, foi o facto de que, em determinada época, ela se saíra bem sozinha. Essa pequena prova minou sua opinião de que "Se ficar sozinha, fico desamparada". Ao reconhecer a falácia dessa ideia, sua atitude sobre sua própria competência começou a modificar-se. Ela recuperou um senso de independência e controle de sua vida e seus desejos suicidas desapareceram gradativamente.

Outro exemplo de como um paciente pode tomar consciência das incoerências lógicas de seu sistema de crenças é apresentado no seguinte diálogo com uma mulher de 25 anos, que fizera uma tentativa recente de suicídio e que ainda queria suicidar-se. Considerava sua vida "terminada", visto que seu marido era infiel. Um aspecto interessante da técnica terapêutica é o uso sistemático de perguntas, por parte do terapeuta, para obter

informações contraditórias às conclusões da paciente e também para levá-la a pensar logicamente.

TERAPEUTA: Por que você quer acabar com sua vida?
PACIENTE: Sem Raymond, não sou ninguém... Não consigo ser feliz sem Raymond", Mas não posso salvar nosso casamento
T: Como tem sido seu casamento?
P: Foi horrível desde o princípio... Raymond sempre foi infiel... Mal o tenho visto nos últimos cinco anos.
T: Você diz que não pode ser feliz sem Raymond… Sente-se feliz quando está com Raymond?
P: Não, brigamos o tempo todo e me sinto pior.
T: Então, por que é que você acha que o Raymond é essencial à sua vida?

P: Acho que é porque sem o Raymond não sou nada.
T: Pode repetir isso, por favor?
P: Sem o Raymond não sou nada.
T: Que é que você acha dessa ideia?
P: ... Bem, agora, pensando nela, acho que não é completamente verdadeira, T: Você disse que não é "nada" sem Raymond. Antes de encontrá-lo, você achava que não era "nada"?
P: Não, achava que era alguém.
T: Você está dizendo então que é possível ser alguém sem o Raymond?
P: Acho que isso é verdade. Posso ser alguém sem o Raymond.
T: Se você era alguém antes de conhecer Raymond, porque precisa dele para ser alguém agora?
P: (intrigada) Hmmm…
T: Você deu a entender que não poderia continuar vivendo sem o Raymond. P: Bem, simplesmente não acho que possa encontrar nenhuma outra pessoa como ele.
T: Você tinha amigos do sexo masculino antes de conhecer Raymond?
P: Eu era bastante popular naquela época.
T: Se entendo bem, então, você conseguiu apaixonar-se antes por outros homens e outros homens amaram você.
P: Ahã.
T: Por que você acha que agora não será popular, sem o Raymond?
P: Porque não vou conseguir atrair nenhum outro homem.
T: Algum homem demonstrou interesse em você desde que se casou?
P: Muitos homens "mexeram" comigo, mas eu os ignoro.
T: Se estivesse livre do casamento, acha que os homens poderiam interessar-se - sabendo que você está disponível?
P: Acho que talvez sim.
T: É possível que você pudesse encontrar um homem mais constante que Raymond?

P: Não sei… Acho que é possível.
T: Você acha que fui outros homens por aí tão bons quanto Raymond?
P: Acho que há homens melhores do que Raymond, porque Raymond não me ama.
T: Você disse que não pode suportar a ideia de perder seu casamento. É certo que você quase não viu seu marido nos últimos cinco anos?
P: É. Só o vejo umas duas vezes por ano.
T: Há alguma possibilidade de vocês ficarem juntos novamente?
P: Não... ele tem outra mulher. Ele não me quer.
T: Então, o que você terá perdido, realmente, se terminar o casamento?
P: Não sei.
T: É possível que se saia melhor se puser um fim ao casamento?

P: Não há garantia disso.
T: Você tem um verdadeiro casamento?
P: Acho que não.
T: Se não tem um verdadeiro casamento, o que perderá, de facto, se decidir acabar com ele?
P: (chorando) Nada, eu acho.
T: Bem, quais você crê que sejam suas possibilidades de encontrar outra pessoa?
P: Sei onde você quer chegar e ser que tem razão. Na verdade, eu mesma já pensei nisso… Não há razão por que eu deva continuar a me apegar ao Haymond, sabendo que ele não me quer. Acho que a coisa a ser feita é romper de vez.
T: Você acha que, se romper de uma vez, terá possibilidade de apegar-se a outro homem?
P: Já consegui amar outros homens antes.
T: Bem, que é que você acha… pode fazê-lo de novo?
P: Acho que serei capaz novamente.

A essa altura, ficou claro na discussão que a paciente já não estava tão deprimida e, feita a indagação, tornou-se evidente que já não era suicida. O foco da terapia consistia em levá-la a perceber que não estava perdendo nada ao romper com Raymond (dado que a relação já havia morrido) e que outras opções se abriam para ela. O terapeuta começara também a provocar uma ruptura cm sua fórmula, "A menos que eu seja amada, não sou ninguém".

Após essa entrevista, a paciente mostrou-se mais optimista e parecia haver superado a crise suicida. Numa entrevista posterior, informou que a pergunta que realmente atingira o alvo fora: como poderia ela não ser "nada" sem o Raymond, quando vivera feliz e fora uma pessoa adequada untes mesmo de conhecê-lo? Com base no reexame das perguntas feitas durante a entrevista, ela decidiu procurar uma separação legal. Eventualmente, divorciou-se e acomodou-se numa vida mais estável.

No caso citado, as perguntas foram dirigidas às crenças da paciente de que (a) precisava de seu marido para ser feliz, para funcionar e para ter

uma identidade, (b) tinha um casamento viável ou pelo menos recuperável (c) o término de seu casamento seria uma perda devastadora e irreversível e (d) ela não poderia ter qualquer vida futura sem seu marido. A paciente pode reconhecer a falácia de suas crenças e seu raciocínio "ou-ou"; consequentemente, deu-se conta de que tinha outras opções além das duas que havia considerado: ou tentar preservar um casamento liquidado, ou cometer suicídio. Em outros casos, o terapeuta precisa trabalhar com o paciente para gerar alternativas realistas para as atitudes autodestrutivas.

A RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS COM PACIENTES SUICIDAS

Muitos pacientes suicidas têm problemas reais que contribuem para sua desesperança e desejo de morte. Esses factores ambientais cobrem toda a gama das tensões humanas, mas há algumas categorias gerais que parecem responder pela maioria desses factores.

Nossa análise de históricos de casos de pacientes masculinos que tentaram o suicídio sugere que o factor isolado de tensão que mais comumente precipitou a tentativa suicida se relacionava a seu desempenho no trabalho ou na escola. Quando havia uma grande discrepância entre as expectativas do indivíduo em relação a si mesmo e seu desempenho real, ele se mostrava propenso a experimentar um declínio acentuado de sua auto-estima e de sua visão do futuro. Num caso típico de um indivíduo propenso ao suicídio, a perda da auto-estima generalizou-se numa noção do tipo "Não tenho nenhum valor… desapontei a todos". A sequência natural era, então: "Não há lugar para onde possa me voltar. Simplesmente não vou conseguir nada neste mundo. Não há saída excepto matar-me".

Alguns factores precipitadores típicos são ilustrados pelos seguintes pacientes masculinos que tentaram o suicídio. Um menino de 12 anos, cuja média de notas na escola caiu a ponto de ameaçar sua bolsa de estudos, tornou-se progressivamente agitado. Pensava: "Minha mãe vai ficar desapontada comigo", terei que ir para a escola pública", nunca terei sucesso... sou um fracasso". Tentou enforcar-se, mas foi salvo na hora exacta.

De facto, sua mãe tinha expectativas irracionalmente rígidas a respeito dele e mostrou-se desapontada, rejeitando-o por seu "fracasso" na escola. Parte do tratamento, desse modo, direccionou-se a uma moderação das exigências e da reprovação de sua mãe. O próprio menino precisava definir seu problema: (a) Decidir o que queria fazer, isto é, se transferir-se para a escola pública, onde estaria sujeito a uma menor pressão competitiva, ou permanecer na escola panicular, onde poderia receber uma educação melhor. Assim, cabia-lhe admitir que havia vantagens em cada uma das linhas de acção e que nenhuma das escolhas seria "desastrosa"; (b) Aprender a

enfrentar sua mãe, fazendo face a ela e transmitindo a atitude de que "Esta é a minha vida, não a sua".

Um exemplo contrastante é fornecido por um chefe de família que havia perdido seu emprego. Seus pensamentos percorreram a sequência usual, desde "Não valho nada" até "Minha família ficaria melhor se eu morresse". O tipo de intervenção compreendeu: (a) definir o problema de conseguir outro emprego e (b) obter fundos suficientes para sustentar a família até que estivesse reempregado. A intervenção psicológica consistiu em pedir-lhe que relacionasse as maneiras pelas quais sua família se beneficiaria com sua morte, arrolando a seguir os sentimentos ao perdê-lo. Ao desempenhar o papel de um membro de sua família, ele pôde experimentar a mágoa que sentiriam se ele morresse,

Constatamos que as tentativas de suicídio entre as mulheres eram frequentemente precedidas por atritos ou ruptura de seus relacionamentos com outra pessoa. Uma mulher se sentiu perturbada porque seu marido gastava progressivamente menos tempo em casa. Sua sequência de ideias abrangeu desde "Estou perdendo Tom" até "Seria melhor que eu morresse". Nesse caso, o problema real se centrava em torno de seu relacionamento efectivamente difícil com o marido. A paciente necessitou de algum treinamento para lidar mais eficazmente com o marido. Se esse procedimento se houvesse demonstrado insuficiente, o aconselhamento conjugal teria sido indicado.

Em cada um dos casos citados acima, estiveram presentes problemas da "vida real": (a) tomar uma decisão sobre a escola, (b) tomar providências para encontrar um novo emprego e conseguir assistência de desemprego, ou (c) tentar melhorar uma relação insatisfatória com um cônjuge.

Ao propor soluções para esses problemas, o terapeuta deve ter em mente que a camada espessa de pessimismo do paciente tende a engolfar quaisquer alternativas construtivas que possam ser sugeridas. Uma vez que o paciente encara suas opções de maneira negativamente distorcida, o terapeuta deve acautelar-se contra a aceitação sem questionamento da rejeição completa do paciente a um plano. A escolha do suicídio como linha de acção razoável pelo paciente se baseia muitas vezes cm sua avaliação irrealisticamente negativa do prognóstico do solucionamento de seus problemas. Esse tipo de "solução" também reflecte o raciocínio dicotómico (ou-ou) do paciente: "Ou meu marido volta para mim, ou terei que suicidar-me"; "Ou consigo uma bolsa de estudos, ou terei que abandonar a escola".

TÉCNICA DA INOCULAÇÃO DE TENSÃO

Os tipos de situações de vida que parecem relacionar-se a muitas tentativas de suicídio não se afiguram muito incomuns. Na verdade, a maioria das pessoas em nossa cultura já experimentou essas tensões cm algum momento.

Por que, então, algumas pessoas pensam em suicídio quando estiveram frente a frente a um problema sério, enquanto outras ou fazem tentativas adaptativas para solucionar o problema, ou decidem "conviver com ele", ainda que insatisfeitas? Lamentavelmente, não conhecemos a resposta completa e essa questão, mas obtivemos alguns indícios a partir de nossos estudos clínicos.

Os indivíduos propensos ao suicídio têm uma disposição característica a superestimar a magnitude e a insolubilidade dos problemas. Assim, pequenos problemas são percebidos como grandes, enquanto grandes problemas são avassaladores. Além disso, esses indivíduos demonstram uma falia de confiança igualmente incrível em seus próprios recursos para solucionar problemas. Finalmente, tendem a projectar no futuro o quadro desastroso que resulta daí. Assim, exibem os traços característicos da Tríade Cognitiva: uma percepção exageradamente negativa

do mundo externo, de si próprios e de seu futuro.

Outra característica separa os pacientes suicidas dos não suicidas. O indivíduo propenso ao suicídio incorporou, de alguma forma, a ideia da acertabilidade ou desejabilidade da resolução de problemas através da morte: "Todos os meus problemas terminariam se eu morresse", ao passo que o indivíduo médio pode frustrar-se por não ter uma solução pronta para um problema sério, mas mostra uma certa tolerância à incerteza: "Talvez eu consiga solucioná-lo, talvez, não". Ademais, ao longo do tempo, tenta uma diversidade de soluções. O indivíduo propenso ao suicídio, por outro lado, mostra tolerância muito baixa à incerteza. Se não consegue pensar numa solução imediata, a ideia da ruína futura é accionada, desencadeando, por sua vez, a ideia de que "A morte é a única solução".

O desejo de morte resultante pode atingir proporções fantásticas. Em certo sentido, o suicídio serve como uma espécie de "ópio" para esse tipo de pessoa e, analogamente ao indivíduo que depende de drogas, o propenso ao suicídio encara sua própria forma idiossincrática de "alívio" como altamente desejável.

A tendência suicida do paciente deve constituir um alvo principal da terapia. Uma abordagem que parece promissora consiste em treinar o paciente a (a) pensar em soluções para os problemas e (b) deslocar sua atenção para longe (distracção) dos desejos suicidas, de modo muito semelhante ao que é feito em relação às obsessões e à dor (Meichenbaum, 1977). A preparação para enfrentar problemas consiste em esboçar as tensões típicas com probabilidade de ocorrência e solicitar ao paciente que se empenhe em gerar soluções. Uma técnica de "fantasia forçada" (ensaio cognitivo) pode ser empregada com muitos pacientes. Eles são solicitados a:

1. Imaginar-se numa situação desesperada
2. Tentar vivenciar o desespero típico e os impulsos suicidas

3. Procurar - a despeito da dificuldade de raciocínio promovida pelos "impulsos suicidas" estimulados - gerar soluções possíveis para os problemas.

O paciente é então estimulado a praticar essa técnica em situações da vida real, ou seja, mergulhar activamente numa situação desagradável (por exemplo, confrontações com um cônjuge) e procurar, então, pensar em soluções realistas para os problemas que surjam. Dentro da mesma orientação, a técnica de inoculação de tensão é usada para treinar o paciente a distrair-se de suas preocupações com o suicídio. Uma abordagem algo semelhante foi utilizada pelo Dr. Keith Hawton, em Oxford. Ele tenta preparar o paciente para crises futuras através da seguinte estratégia: apresenta ao paciente situações provocadoras de crise, hipotéticas, porém realistas, semelhantes às que o paciente experimentou no passado; a seguir, examinam detalhadamente as linhas alternativas de acção que poderiam ser adoptadas, caso aquela situação ocorresse. De modo semelhante, o paciente pode ser induzido a

reviver crises anteriores que precipitaram impulsos suicidas e a imaginar o emprego de técnicas adaptativas de combate aqueles impulsos.

AUMENTO DOS DESEJOS SUICIDAS NA TERAPIA

Cabe ao terapeuta reconhecer que os desejos de morte podem flutuar consideravelmente durante o curso do tratamento. Deve transmitir esse facto ao paciente e alertá-lo no sentido de que um recrudescimento súbito dos impulsos suicidas não deve ser interpretado como sinal de que não progrediu na terapia. Mais ou menos no início do tratamento, o terapeuta precisa rever, com o paciente propenso ao suicídio, várias estratégias que ele possa usar para lidar com a emergência ou intensificação súbita dos impulsos suicidas. O terapeuta pode preparar seu paciente com uma exposição como a seguinte:

Um dos objectivos importantes da terapia é aprender como lidar eficazmente com os impulsos suicidas. Portanto, você deve estar alerta para esses desejos. Logo que tomar consciência deles, deve ensaiar os passos a serem tomados para enfrentá-los. Dessa forma, seus desejos suicidas podem proporcionar-lhe uma experiência valiosa de aprendizagem. De facto - se você quiser - podemos praticar agora mesmo o que você faria na eventualidade de experimentar um desejo de morrer.

O terapeuta deve manter-se continuamente alerta para os efeitos das experiências traumáticas, fora da terapia, que podem despertar ou exacerbar desejos suicidas. Tratamos de diversos pacientes que não eram signi-

ficativamente suicidas ao início da terapia, mas que se tornaram suicidas, posteriormente, em decorrência de acontecimentos adversos. Uma paciente, por exemplo, tornou-se gravemente suicida após uma rejeição por parte de seu namorado. O terapeuta teve que dissecar em detalhes meticulosos porque a rejeição levava inexoravelmente à decisão de morrer. Uma rede de atitudes irracionais foi descoberta: por exemplo, as ideias de que "Não posso viver sem amor"; "Se ninguém me amar, não sou nada"; "A morte é o único alívio para minha dor".

Os pacientes que tentaram o suicídio antes da terapia mostram-se particularmente indignados a experimentar uma exacerbação dos desejos suicidas no decurso dela, isto é, as tensões habituais da vida tendem a estimular desejos suicidas ou tentativas reais de suicídio - ainda que a terapia pareça estar progredindo. Alguns pacientes se desencorajam ao experimental desejos suicidas aumentados e concluem que não fizeram nenhum progresso na terapia, ou que ela é ineficaz. Esses pacientes devem ser informados de que os impulsos suicidas podem ser utilizados como um foco valioso no tratamento. A posição do terapeuta deve ser a de que tal eventualidade representa antes uma oportunidade que um recuo: a terapia pode, efectivamente, ser auxiliada

pela recorrência de desejos suicidas, que podem ser "trabalhados" nas situações terapêuticas.

Observação: O terapeuta deve ter a sensibilidade para discriminar se o recrudescimento de desejos suicidas se relaciona a algum problema oculto na relação terapeuta-paciente (por exemplo, a crença do paciente de estar sendo rejeitado pelo terapeuta, ou de que este seja incapaz de ajudá-lo), ou se está relacionado a problemas não directamente ligados à psicoterapia.

223

capítulo 11

ENTREVISTA COM UM PACIENTE DEPRIMIDO SUICIDA

Um bom teste do valor da terapia cognitiva é o alcance de sua aplicabilidade numa vasta gama de problemas clínicos e numa diversidade de pacientes. Para passar nesse teste, o sistema de psicoterapia deve fornecer um enquadre conceitual suficientemente flexível e um número adequado de técnicas pura atender às demandas variáveis de um dado paciente, em diversos momentos, assim como para atender às de diferentes pacientes.

Talvez o desafio mais crítico à adequação da terapia cognitiva seja sua eficácia ao lidar com o paciente agudamente suicida. Em tais casos, o terapeuta muitas vezes precisa fazer mudanças o assumir um papel muito activo, na tentativa de atravessar a barreira da desesperança e da resignação. Dado que sua intervenção pude ser decisiva para salvar a vida do paciente, precisa recorrer à sua habilidade e tentar atingir certo número de objectivos imediatos, seja simultaneamente, seja em rápida sucessão: estabelecer uma relação de trabalho com o paciente, obter uma visão global de sua situação de vida, apontar suas "razões" para desejar suicidar-se, determinar a capacidade de auto-objectividade do paciente e cavar algum ponto de entrada para penetrar no mundo fenomenológico do paciente, introduzindo assim elementos da realidade.

Essa empreitada, como vem ilustrado pela entrevista que se segue, cobra um tributo pesado e exige todas as qualidades de um "bom terapeuta" - calor humano autêntico, aceitação e compreensão empática - assim como o emprego de estratégias adequadas, retiradas do sistema da terapia cognitiva.

A paciente era uma psicóloga clínica de 40 anos que fora recentemente abandonada por seu namorado. Tinha uma história de depressões intermitentes desde a idade de 12 anos, submetera-se várias vezes a psicoterapia, drogas antidepressivas, terapia electroconvulsiva e hospitalização.

224

Tinha sido vista por este terapeuta (A.T. Beck) cinco vezes, num período de 7 ou 8 meses. Na ocasião desta entrevista, era evidente que estava deprimida e, como

indicavam seus episódios anteriores, provavelmente suicida.

Na primeira parte da entrevista, o movimento principal consistiu em fazer as perguntas apropriadas para efectuar uma avaliação clínica e também tentar elucidar os problemas psicológicos fundamentais. Antes de mais nada, o terapeuta precisava fazer uma avaliação de quão deprimida e suicida estava a paciente. Devia também avaliar suas expectativas acerca de ser ajudada pela entrevista (T1; T8), a fim de determinar de quanto terreno dispunha. Durante esse espaço de tempo, para manter o diálogo, ele precisou também repetir as afirmações da paciente.

Ficou aparente, pela emergência dos desejos suicidas, que esse era o problema clínico saliente e que o desamparo (T7) dela seria o ponto mais apropriado para a intervenção.

Diversos aspectos poderiam ser assinalados acerca da primeira parte da entrevista. O terapeuta aceitou a seriedade do desejo de morte da paciente, mas tratou-o como um tópico a ser examinado mais detidamente, um problema a ser discutido. "Podemos discutir as vantagens e as desvantagens" (T11). Ela reagiu a essa afirmação de maneira algo divertida (um sinal favorável). O terapeuta procurou igualmente testar a habilidade da paciente para encarar-se e a seus problemas com objectividade. Tentou ainda testar a fixidez de suas ideias irracionais e o grau de aceitação dela de seu desejo de ajudá-la (T13-T20).

Na primeira parte da entrevista, o terapeuta não conseguiu ganhar muito terreno, em vista da crença fortemente estabelecida na paciente de que as coisas não tinham possibilidade de funcionar bem com ela. Havia decidido que o suicídio era a única solução e se ressentia das tentativas de "fazê-la mudar de ideia".

Na parte seguinte da entrevista, o terapeuta procura isolar o factor desencadeante de sua depressão actual e da ideação suicida, a saber, a ruptura com o namorado. Torna-se claro, à medida que o terapeuta busca explorar o significado do rompimento, que ele é, para a paciente: "Não tenho nada" (P23). O terapeuta selecciona então "Não tenho nada" como alvo, procurando eliciar na paciente informações contraditórias a essa conclusão. Esquadrinha períodos anteriores em que ela não mostrasse acreditar que "Não tenho nada" e em que tampouco estivesse tendo algum relacionamento com um homem. Prossegue então (T26) investigando outras metas e objectos que sejam importantes para ela; busca fontes concretas de satisfação (T24-T33). A tentativa do terapeuta de estabelecer que a paciente efectivamente "tem alguma coisa" é barrada pela tendência dela a desconsiderar quaisquer traços positivos em sua vida (P32)

Finalmente, a paciente de fato une forças como terapeuta, tornando-se aparente, na última parte da entrevista, que está disposta a distanciar-

se de seus problemas e considerar maneira de solucioná-los. O terapeuta procede então a um exame das pressuposições básicas subjacentes ao desamparo da paciente, a saber, "Não consigo ser feliz sem um homem". Ao apontar experiências passadas não confirmadoras, ele busca demonstrar o erro dessa pressuposição. Tenta ainda explicar

o valor de substituí-la pela suposição "Posso fazer-me feliz" - Assinala que é mais realista para ela encarar-se como o agente uivo à procura de fontes de satisfação, que como receptáculo inerte, dependente dos caprichos de outrem para sobreviver.

A entrevista gravada, que foi cortada de 60 para 35 minutos por motivos de ordem prática, é aqui apresentada literalmente. (As únicas modificações efectuadas visaram proteger a identidade da paciente.) A entrevista está dividida em cinco partes.

PARTE 1: FORMULANDO PERGUNTAS PARA EXTRAIR INFORMAÇÕES VITAIS

1. Quão deprimida está a paciente? Quão suicida?
2. Atitude acerca de comparecer à consulta (expectativas sobre a terapia).
3. Emergência de desejos suicidas: problema crítico imediato.
4. Tentativa de encontrar um ponto para a intervenção terapêutica - abandono: atitude negativa quanto ao futuro (P7).
5. Aceitação da seriedade do desejo de morte da paciente, tratando-o, contudo, como tópico para exame mais detalhado - "Discutir vantagens e desvantagens" (T11).
6. Teste da capacidade de olhar para si mesma - objectividade; testar fixidez de suas ideias irracionais; testar se é responsiva ao terapeuta (T13-T20),

PARTE 2: AMPLIANDO AS PERSPECTIVAS DA PACIENTE

1. Isolar o facto desencadeante - rompimento com o namorado; reduzir o emprego de perguntas.
2. Determinar o significado do rompimento para a paciente.
3. Problema psicológico imediato: "Não tenho nada".
4. Questionar a conclusão "Não tenho nada".
5. Buscar outros objectos importantes para ela: fontes concretas de satisfação (T24-T33).
6. Apoiar a testagem na realidade e o autoconceito positivo (T35-T37).

PARTE 3: "TERAPIA ALTERNATIVA"

1. Terapeuta muito activo, a fim de preservar o interesse da paciente na compreensão e trato de seu problema. Induzir paciente a examinar opções (T38). "Eliminar" o suicídio como opção.
2. Minar o raciocínio tudo-ou-nada da paciente, levando-a a encarar a si própria, seu futuro e suas experiências através de probabilidades quantitativas.
3. Feedback: informação importante quanto ao sucesso da entrevista. Pesquisar (a) mudança afectiva, (b) declarações positivas sobre si mesma, (c) consenso com a

paciente acerca da resolução (P47).

PARTE 4: OBTENDO DADOS MAIS PRECISOS

1. Maior coloração terapêutica: discussão sobre as técnicas e a lógica terapêuticas.
2. Testar as conclusões dela sobre "nenhum satisfação", refutando indirectamente sua conclusão.
3. Comentário espontâneo da paciente: "Posso lhe dizer uma coisa positiva?"
4. Tentativas periódicas de evocar uma resposta de riso.

PARTE 5: FECHAMENTO

1. Reforçar a independência (T106), a auto-ajuda e o optimismo.

TERAPEUTA: (T1): Bem, como tem-se sentido desde a última vez que falei com você?
PACIENTE: (P1): Mal.
T2: Você tem-se sentido mal… Bem, fale-me a esse respeito.
P2: Começou nesse fim-de-semana… Simplesmente sinto como se tudo fosse um esforço. Simplesmente não existe sentido algum em fazer nada.
T3: Então, existem dois problemas: tudo é um esforço e você acredita que não há sentido em fazer nada.
P3: É por não haver nenhum sentido em fazer nada que tudo se torna tão difícil de fazer.
T4: (Repetindo as palavras dela para manter o diálogo. Também para identificar os sentimentos dela.) Porque não há nenhum sentido e tudo parece um grande esforço… E quando você estava vindo para cá hoje, sentiu-se da mesma forma?
P4: Bem, não parece tão mau quando estou trabalhando. É ruim nos fins-de-semana e, especialmente, nos feriados. De certa forma, eu esperava que isso fosse acontecer.

T5: (Investigando as expectativas em relação à sessão.) Você esperava ter dificuldades nos feriados. E quando saiu de seu consultório para vir para cá, como estava se sentindo?
P5: Mais ou menos do mesmo jeito. Sinto que posso fazer tudo que tenho de fazer, mas não quero.
T6: Você não quer fazer as coisas que tem que fazer.
P6: Não quero fazer coisa alguma.
T7: Certo… e que tipo de sentimento você? Sentindo-se para baixo?
P7: (A desesperança é tomada como alvo.) Sinto que não há esperança para mim. Sinto que meu futuro… que tudo é fútil, que não há esperança.

T8: E que ideia você fazia da entrevista de hoje?
P8: Achei que provavelmente ajudaria, como sempre aconteceu no passado… que me sentiria melhor – temporariamente. Mas isso torna as coisas mais difíceis, porque se então que vou me sentir mal novamente.
T9: Isso torna as coisas piores em termos de como você se sente?
P9: Sim.
T10: E a razão é que isso levanta seu moral e depois você se sente de moral baixo outra vez?
P10: (problemas imediato – risco de suicídio.) Sinto que é interminável, simplesmente vai continuar assim para sempre, e não estou melhorando nem um pouco… não me sinto nem um pouco menos inclinada a me matar do que já me senti em minha vida… Na verdade, se é que há alguma mudança, sinto que estou chegando mais perto disso.
T11: Talvez devêssemos conversar um pouquinho sobre isso, porque ainda não falamos nas vantagens e desvantagens de você se matar.
P11: (sorri) Você torna tudo tão lógico…
T12: (Testando a aliança terapêutica.) Isso é mau? Lembre-se de que uma vez você escreveu uma coisa… que a razão é sua maior aliada. Você se tornou alérgica à razão?
P12: Mas não consigo mais tentar.
T13: Ser razoável exige esforço?
P13: ("Pensamentos automáticos típicos".) Sei que estou sendo razoável; aos pensamentos me parecem tão reais… que de facto exige esforço tentar mudá-los.
T14: Ora, se fosse fácil para você modificar os pensamentos, acha que eles duraram tanto?
P14: Não… olhe, eu não digo que isso não funcionaria com outras pessoas. Não estou tentando dizer isso, mas não sinto que possa funcionar comigo.
T15: Então, tem alguma prova de que chegou a funcionar com você?
P15: Funciona por períodos específicos de tempo, e é como se a Verdadeira Eu aparecesse.
T16: Mas aconteceu alguma coisa incomum que possa ter transformado as coisas?
P16: Você quer dizer, esse fim-de-semana?
T17: Não necessariamente esse fim-de-semana. Como sabe, você achava que estava fazendo progressos na terapia, quando decidiu que iria ser como o Leão Covarde que Encontrou Seu Coração. Que aconteceu depois disso?

P17: (Agitada, baixando a cabeça.) É muito difícil… seria mais fácil morrer.
T18: (Procura restabelecer a objectividade. Introduz nova perspectiva relembrando uma experiência anterior de mestria.) No momento, seria mais fácil morrer – como você diz. Mas, vamos voltar à história. Você está perdendo a visão e a perspectiva. Lembre-se de quando conversamos e gravamos uma fita daquela entrevista, e você gostou. Escreveu uma carta no dia seguinte e disse sentir que tinha um coração e que não era difícil atingir esse ponto específico. Ora, você ia razoavelmente bem, até que

se envolveu. Certo? Então, envolveu-se com o Jim. Está certo? E depois, muito previsivelmente, quando seu relacionamento terminou, sentiu-se terrivelmente decepcionada. Agora, o que você conclui disso?
P18: (Angústia; rejeita a investida do terapeuta.) Minha conclusão é que sempre terei que ficar sozinha, porque não consigo manter um relacionamento com um homem.
T19: Está bem, essa é uma explicação possível. Que outras explicações possíveis existem?
P19: Essa é a única explicação.
T20: É possível que você simplesmente não estivesse preparada para envolver-se profundamente e ser desiludida?
P20A: Só que sinto como se nunca fosse estar preparada. (chora)
P20B: Nunca desistiu dele, mesmo quando não conseguia vê-lo mais que uma vez por ano. Ele estava sempre em minha mente, o tempo todo. Então, como posso achar agora que posso simplesmente descartá-lo?
T21: Nunca tinha sido final até aqui. Havia sempre a esperança de…
P21: Não havia, e ele me disse muito claramente que não podia envolver-se comigo.
T22: Certo, mas antes de Janeiro, estava tudo muito calmo. Você não estava terrivelmente envolvida com o Jim. Começou novamente em Janeiro. Ele realmente demonstrou um interesse sério em você.
P22: Pela primeira vez em quatro anos.
T23: (Busca restabelecer a perspectiva.) Certo, logo, foi nesse ponto que você se envolveu novamente. Antes de Janeiro, não estava envolvida, não estava pensando nele a cada minuto e não estava na situação em que está agora, e às vezes sentia-se feliz. Você me escreveu aquela carta dizendo que estava feliz, não foi? OK. Então, isso foi em Janeiro: você estava feliz e não tinha o Jim. Agora, aqui estamos em Maio, e você se sente infeliz porque acabou de romper com ele. Ora, por que você ainda tem que ser infeliz, digamos, em Julho, Agosto ou Setembro?
P23: (Explica a crença-alvo específica.) Porque não tenho nada.
T24: Você não estava infeliz em Janeiro, estava?
P24: No princípio, estava, por isso fui procurá-lo.
T25: Está bem, e que tal Dezembro? Em Dezembro você não se sentia infeliz. E o que tinha em Dezembro? Você tinha algo que a fazia feliz.
P25: Estava saindo com outros homens. Isso me fazia feliz.
T26: Há outras coisas na sua vida, além de homens, das quais você disse que gostava muito.
P26: É, e eu…

T27: (Visa as crenças-alvo. Demonstra que ela possuía e possui alguma coisa.) Bem, havia outras coisas que você disse que eram importantes, que são importantes ainda agora. Não é? Quais eram as coisas importantes para você em Dezembro, Novembro e Outubro?

P27: Tudo era importante.
T28: Tudo era importante. E quais eram essas coisas?
P28: É difícil até me lembrar de algo com que me importasse então.
T29: OK, que tal seu trabalho?
P29: Meu trabalho.
T30: Seu trabalho era importante. Você sentia que estava realizando alguma coisa no trabalho?
P30: Na maior parte do tempo, sentia.
T31: (Ainda apontando para o alvo.) Na maior parte do tempo, você sentia que estava realizando alguma coisa em seu trabalho. E agora? Você acha que está realizando alguma coisa no trabalho agora?
P31: (Desconsiderando o positivo.) Não tanto quanto poderia.
T32: (Reintroduzindo o positivo.) Você não está realizando tanto quanto poderia, mas mesmo quando está "desligada", parece-me que sai tão bem ou melhor que muitos dos outros colegas. Isso está certo?
P32: (Desvalorizando a afirmação positiva.) Não posso entender por que você diz isso. Como é que você sabe? Porque eu lhe disse. Como sabe se é verdade?
T33: Estou disposto a aceitar sua palavra.
P33: De alguém que é irracional.
T34: (Apresenta provas positivas de satisfações e realizações.) Bem, acho muito pouco provável que alguém tão irracionalmente voltado contra si mesmo, como você, diga algo de positivo a seu próprio respeito, a menos que o dado positivo seja tão grande a ponto de ser inconfundível para qualquer um… Seja como for, você de facto experimenta alguma satisfação em seu trabalho agora, e de facto sente que está realizando um trabalho razoavelmente bom, embora não se esteja saindo tão bem quanto gostaria, mas sim tão bem quanto tem conseguido. Ainda assim, está fazendo um trabalho razoavelmente bom. Você pode ver por si mesma. Os planos de seus clientes estão melhorando? Eles estão sendo ajudados? Alguém diz que aprecia seus esforços?
P34: Sim.
T35: Eles realmente lhe dizem? Ainda assim, você diz ser tão irracional que não posso acreditar em nada do que me diga. Por acaso diz a seus clientes, "Você é simplesmente um cliente idiota… sem qualquer julgamento"?
P35: Eu não diria isso a ninguém.
T36: Bem, você acha isso de si mesma?
P36: Acho.
T37: (Assinala a incoerência. Sublinha a capacidade de racionalidade nela. Fortalece seu papel profissional.) Então, você confia na palavra de seus clientes, mas não confia na sua própria. Não pensaria em seus clientes como irracionais, mas mesmo assim, pensa isso de você – quando é a cliente. Como pode ser racional enquanto terapeuta e irracional enquanto paciente?
P37A: Estabeleço para num padrões diferentes dos que estabeleço para qualquer outra

pessoa no mundo.

230
P37B: Suponha que eu nunca supere isso…
T38: (Modifica as opções – considera soluções não-suicidas: aguardar pacientemente ou lutar para solucionar o problema.) Supor que você nunca o supere? Bem, não sabemos se irá superá-lo ou não… portanto, há duas coisas que pode fazer. Uma delas é aceitar isso passivamente para ver, e talvez descubra que consegue superá-lo, já que quase todas as pessoas superam as reacções de tristeza. Ou pode atacar o problema agressivamente e construir activamente uma base sólida para sim mesma. Em outras palavras, você pode aproveitar a oportunidade…
P38: (Pensa em encontrar outro homem.) Sinto-me desesperada. Sinto que tenho que encontrar alguém agora mesmo imediatamente.
T39: Está bem, mas, se encontrasse alguém imediatamente, que aconteceu?
P39: A mesma coisa aconteceria outra vez.
T40: (Onde o suicídio como uma das opções.) Ora, lembre-se de quando falamos sobre Jim e você disse, em Janeiro, que havia decidido usar aquela oportunidade para arriscar envolver-se, pela possibilidade de que acontecesse alguma coisa positiva. Ora, você tem duas chances agora: pode aguentar firme e tentar atravessar a tempestade, com o intuito de continuar a lutar, ou pode envolver-se com outra pessoa e perder a oportunidade dessa solução elegante. Bom, que caminho você quer seguir?
P40: (Compulsão a envolver-se com alguém.) Não quero, mas sinto-me impelida. Não sei por que contínuo a lutar contra isso, mas continuo. Não estou envolvida com ninguém agora e nem quero estar, mas sinto uma compulsão.
T41: É compreensível, porque você está muito machucada. Não é verdade? Se não estivesse sofrendo, não sentiria a compulsão.
P41: Mas não fiz nada até agora.
T42: (Enfatiza a opção ideal. Transformando também a desvantagem em vantagem.) Bem, você sabe que a decisão é sua. Se realmente procurar outra pessoa, ninguém irá culpá-la por isso. Mas estou tentando mostrar que existe uma oportunidade aqui. Há uma oportunidade incomum, que você pode nunca voltar a ter: a de atravessar isso sozinha… esforçar-se por encontrar o caminho para sair de sua depressão.
P42: Isso é o que vou estar fazendo pelo resto de minha vida… é isso que me preocupa.
T43: Você realmente se coloca, simplesmente, numa posição em que não é possível ganhar. Você acabou de reconhecer que, se se envolvesse com outro homem, provavelmente se sentiria melhor.
P43: Temporariamente, mas, depois, passaria pela mesma coisa.
T44: Entendo. Portanto, agora você tem uma oportunidade de não ter que depender de outra pessoa, mas tem que pagar um preço. Existe dor agora, em nome de um ganho mais tarde. Você está disposta a pagar o preço?
P44: Tenho medo de que, se não me envolver com alguém imediatamente… Sei que

isso é um pensamento dicotómico… Acho que, se não me envolver imediatamente, nunca terei ninguém.
T45: Isso é raciocínio tudo-ou-nada.
P45: Eu sei.
T46: (Buscando um consenso acerca da opção não suicida.) Isso é raciocínio tudo-ou-nada. Ora, fazer as coisas na base do raciocínio tudo-ou-nada não é muito

sensato. Se vai agir na base do "a dor é tão grande que simplesmente não quero mais suportá-la", está bem: tome sua "aspirina" temporária e simplesmente deixe para elaborar isso mais tarde. A questão é – você quer suportar a dor agora mesmo? Qual seria o objectivo de suportá-la agora?
P46: Não sei.
T47: Você não acredita realmente nisso.
P47: (Chegando a um consenso.) Teoricamente, sei que poderia provar a mim mesma que posso de facto ser feliz sem um homem, de tal forma que, se tivesse um relacionamento com um homem no futuro, me envolveria sem me sentir desesperada e, provavelmente, eliminaria muito da ansiedade e da depressão que, no passado, estiveram associadas a esses relacionamentos.
T48: Portanto, você concorda, teoricamente, que isso poderia acontecer, com base na lógica… Se tentar aguentar… Agora, qual você acha que é a probabilidade de que isso acontecesse?
P48: comigo?
T49: com você.
P49: com outra pessoa, eu diria que a probabilidade é excelente.
T50: Para um de seus clientes?
P50: É.
T51: Para o indivíduo deprimido médio que vem para a "Clínica Ânimo"… a maioria dos quais esteve deprimida por sete anos ou mais. Você ainda assim lhes daria uma alta possibilidade!
P51: Escute, tenho estado deprimida toda a minha vida. Pensei em que me matar quando tinha 14 anos.
T52: (Minando o raciocínio absolutista, através da sugestão de probabilidades.) Bem, muitas das outras pessoas que vieram aqui sentiam-se da mesma maneira. Algumas delas eram muito jovens e, portanto, não tinham tido tempo de ficar deprimidas por muito tempo… OK, voltanfo ao assunto. Hipoteticamente, isso poderia acontecer. Poderia acontecer a quase qualquer outra pessoa, poderia acontecer com qualquer outra pessoa. No entanto, você não acha que possa acontecer com você. Certo… Não pode acontecer com você. Mas, qual é a possibilidade… (sabe, quando falamos sobre a possibilidade em relação ao Jim, achamos que havia uma chance de 5% de que algo de bom pudesse resultar daquilo)… de que você atravessasse a tempestade e saísse dela como uma pessoa mais forte, menos dependente dos homens do que foi no

passado?
P52: Eu diria que a possibilidade é mínima.
T53: Está bem, mas é mínima como uma em cem, uma em um milhão…?
P53: Bem, talvez uma chance de 10%.
T54: Uma chance de 10%. Portanto, você tem uma chance em dez de sair disso mais fortalecida.
P54: (Maior perspectiva; desvaloriza a evidência.) Você sabe por que eu digo isso… digo isso tomando por base o facto de ter passado o verão inteiro sem um homem e me sentindo feliz… pra depois chegar ao ponto em que estou agora. Isso não é progresso.
T55: (Usando a base dos dado.) Eu diria que isso é uma prova. Aquele verão é uma prova poderosa.

P55: (Desvaloriza o dado.) Bem, veja onde estou agora.
T56: A questão é, você se deu muito bem naquele verão e provou, tanto quanto diz respeito a qualquer cientista, que funcionar sozinha. Mas não provou isso a você mesma. Você apagou aquela experiência tão logo se envolveu com um homem. Aquela experiência de independência tornou-se uma nulidade na sua mente, depois daquele verão.
P56: (Alteração de ânimo. Bom sinal.) Foi isso que aconteceu?
T57: É claro. Quando falei com você, na primeira vez em que a vi, você disse, "Não posso ser feliz sem um homem". Conversamos a respeito por 35 a 40 minutos, até que, finalmente, eu disse, "Já houve alguma época em que você não tivesse um homem? ". E você respondeu, "Meu Deus, a época em que fiz minha pós-graduação!". Você sabe, de repente, é como se surgisse um facto de luz. Você quase me vendeu a ideia de que não podia funcionar sem um homem! Mas essa é uma prova! Quero dizer, se eu lhe dissesse que não poderia atravessar a sala, e você conseguisse demonstrar que eu podia, você "compraria" minha ideia de que eu não podia atravessar a sala? Sabe, existe uma realidade objectiva aqui. Não lhe estou dando informações que não sejam válidas. Existem pessoas…
P57: Eu diria: como seria possível negar isso, se não houvesse de facto acontecido?
T58: Quê?
P58: (Pede uma explicação. Bom sinal.) eu diria: o que há de errado com a minha mente? Se aconteceu uma vez, como posso negá-lo?
T59: (Aliança com a racionalidade da paciente.) Porque é da natureza humana, infelizmente, negar as experiências que não são coerentes com a atitude predominante no momento. E é exactamente para isso que existe a terapia da atitude. As pessoas têm atitudes muitos fortes e qualquer coisa que seja incompatível com essas atitudes promove a dissonância cognitiva. Tenho certeza de que você já ouviu falar nisso… e as pessoas não gostam de ter dissonâncias cognitivas. Assim, jogam fora qualquer coisa que não seja compatível com sua crença predominante.

P59: (O consenso se solidifica.) Entendo.
T60: (Uma piada optimista.) Você tem uma crença predominante. Acontece, felizmente, que essa crença predominante está errada. Não é maravilhoso? Ter uma crença predominante que a faz infeliz, e descobrir que está errada! Mas vai exigir um bocado de esforço e demonstrações para mostrar isso a você, para convencê-la que a crença está errada. E por quê?
P60: Não sei.
T61: (Visto que a paciente agora está colaborado, muda para uma estratégia didáctica. O objectivo é fortalecer a racionalidade da paciente.) Você quer saber por quê? Porque você sempre a teve. Por quê? Antes de mais nada, porque essa crença surgiu numa idade muito prematura. Não vamos entrar na sua infância, mas, obviamente, você fez uma tentativa de suicídio, ou pensou nisso, quando era jovem. É uma crença que já estava lá numa idade muito tenra. Foi implantada muito a fundo, numa idade muito prematura, porque você era demasiado vulnerável naquela época. E, desde então, quantas vezes por repetida em sua mente?
P61: Um milhão de vezes.

T62: Um milhão de vezes. E você espera que cinco horas de conversa comigo possam alterar uma coisa que aconteceu um milhão de vezes no passado?
P62: Como eu disse, e você concordou, a razão costumava ser minha aliada. E minha inteligência, não entra nisso? Por que não posso fazer com que minha inteligência ajude?
T63: E, é por essa razão que a inteligência entra na história, e é exactamente isso que estou tentando levá-la a fazer: usar sua inteligência.
P63: Não há nada de erradas com minha inteligência. Sei disso.
T64: Eu sei. A inteligência é uma coisa óptima, mas precisa ter ferramentas, da mesma forma que você pode ter a força física para levantar uma cadeira, mas se não acreditar, naquele momento, que tem essa força, não irá tentar. Você dirá, "Não adiante". Por outro lado, para lhe dar um exemplo mais significativo, você pode ter a força física para levantar um tronco pesado, mas, para levantá-lo de facto, poderia ter que usar uma alavanca. Assim, é uma questão de ter a ferramenta certa. Uma pessoa, por ser dotada de inteligência, não consegue resolver um problema de cálculo, consegue?
P64: Se souber como… (sorri)
T65: (Reforça a confiança na maturidade.) Certo. OK. É preciso ter as fórmulas, e é por isso que você está aqui. Se não fosse inteligente, não seria capaz de entender as fórmulas, e você sabe muito bem que as compreende! Não apenas isso, mas você as emprega com seus pacientes, com muito Maio confiança do que com você mesma.
P65: (Auto-elogia, confirma a declaração do terapeuta.) Você não me acreditaria se me ouvisse dizer as coisas às pessoas! Ia achar que eu era uma pessoa diferente. Porque sei ser tão optimista a respeito das outras pessoas! Eu estava encorajando uma

terapeuta, ontem, que estava a ponto de desistir de um cliente. Disse a ela: "Você não pode fazer isso", e disse, "Você ainda não tentou tudo", e não deixei que ela desistisse.
T66: Certo; portanto, você nem sequer teve uma chance de usar suas ferramentas nesse fim-de-semana, porque tinha a estrutura montada em sua cabeça, mas devido a algum factor acidental, foi incapaz de usá-la. No entanto pôde concluir, no fim-de-semana, que as ferramentas não funcionam para quem diz: "Sou tão incapaz que nem posso usar as ferramentas". Nem sequer foi um teste, foi? Agora, no próximo fim-de-semana…
P66: (Concorda)… Não foi um teste de verdade…
T67: Não, nem sequer foi um teste legítimo do que você poderia fazer ou do que as ferramentas poderiam fazer. Agora, com relação aos fins-de-semana, o que você tem a fazer é preparar-se para o quatro de Julho. A gente se prepara para os fins-de-semana fazendo uma estruturação por escrito, mas deve ter alguns planos de reserva, para o caso de algum coisa não dar certo. Você sabe que realmente conta com uma porção de coisas em sua vida que podem trazer-

lhe satisfação. Quais são algumas das coisas das quais obteve satisfação na semana passada?
P67: Levei Margaret ao cinema.
T68: O que você viram?
P68: há uma comédia.
T69: O quê?
P69: Uma comédia.
T70: Eis aí uma boa ideia! O que vocês viram?
P70: (sorri) Chamava-se "Mother, Jugs and Speed".
T71: Ah, eu assisti.
P71: Você assistiu?
T72: Sim, assisti a ela na sexta-feira.
P72: (sorri) Eu gostei.
T73: Foi muito boa. Um bocado de acção. Quer dizer que você se divertiu… Você acha que ainda pode se divertir com um bom filme?
P73: Posso. Quando eu me distraio, fico bem.
T74: então, e o que há de errado com isso?
P74: É que, depois, o que acontece… enquanto estou distraída a dor vai crescendo e aí o impacto é maior quando me atinge. Como ontem à noite: recebi dois amigos para jantar. Foi óptimo… enquanto eles estavam lá… Tenho planejado deliberadamente todas essas actividades para me manter ocupada… e enquanto eles estavam lá, foi óptimo. Mas, quando saíram…
T75: Isso é explêndido.
P75: O resultado foi o impacto foi maior, porque toda aquela dor havia se acumulado…

T76: Nós não sabemos quanto, mesmo porque você não exerceu nenhum controle, mas não há dúvida de que há um desapontamento depois que se teve uma experiência satisfatória… de tal forma que o que você tem a fazer é estabelecer um mecanismo para lidar com o desapontamento. Olhe, o que você fez foi levar-se pra baixo: você se derrubou e disse: "Bem… está pior agora do que se eu não tivesse chegado a convidá-los". Ao invés, de, simplesmente, encarar a coisa fenomenologicamente: "Eles estiveram aqui e senti-me bem enquanto estavam aqui, e depois senti-me abandonada". Então, obviamente, qual é a coisa a ser frisada? O abandono posterior. Então, a que horas eles saíram?
P76: Por volta das 9.
T77: E a que horas você costuma ir para a cama?
P77: Por volta das 10.
T78: Então, você só tinha que planejar uma hora.
P78: Para me sentir mal…
T79: Está bem, uma hora para sentir-se mal. Essa é uma maneira de encarar a coisa. Mas não é tão mau, é? É apenas uma hora.
P79: Mas acontece que me sinto tão mal durante essa hora! É quando penso que gostaria de morrer.
T80: Está bom, mas o que de tão ruim em sentir-se mal? Você sabe o que fizemos com algumas pessoas? E que realmente funcionou? Demos atribuições a elas. Dissemos: "Agora, gostaríamos que você se desse uma hora por dia para sentir-se mal". Já lhe falei nisso? "Quero que você se sinta tão mal quanto puder",

e, de facto, algumas vezes chegamos até a ensaiar durante a sessão. Hoje não tenho tempo, mas talvez outro dia…
P80: Seu tempo é limitado.
T81: (Aliança com a paciente como colega terapeuta.) É, e temos que atender as pessoas… E eu dizia: "Por você não experimenta sentir-se tão mal quanto puder? Pense só numa situação, a situação mais terrivelmente devastadora, mais emocionalmente desgastante que puder imaginar! Por que você não se sente tão mal quanto puder conseguir?" E eles realmente conseguem fazê-lo durante a sessão. Depois, saem daqui e não conseguem sentir-se mal de novo, ainda que queriam. É como se se houvessem esvaziado, além de conseguirem um certo grau de objectividade quanto ao problema.
P81: (Ajudando) Precisa ser feito controlando-se a…
T82: Tem que ser feito numa situação estruturada.
P82: Tem que ser controlada.
T83: É verdade. Tem que ser; é por isso que digo: "Faça aqui, primeiro".
P83: …
T84: Depois, posso puxá-los para fora… É preciso ter uma válvula de segurança.
P84: Se for feito em casa… a pessoa poderia…

T85: Claro, o terapeuta precisa estruturar isso de maneira específica. Estou dizendo, apenas, que uma hora de mal-estar por dia não é necessariamente antiterapêutica. E, portanto, não significa que você tem que matar-se porque tem uma hora ruim. Tudo que tem a fazer é pensar nela como "minha hora ruim de hoje". É uma maneira de encará-la. E aí, você vai dormir às 10 horas e acabou-se. Teve uma hora ruim em 12. Não é tão horrível assim.
Bem, responda-me: durante toda aquela hora, você por acaso se disse algo como, "Viu, tive um dia bastante bom e agora veio essa hora ruim, o que quer dizer que estou doente, cheia de "furos", meu ego está…"
P85: Viu? Já estou pensando: "Não acaba nunca".
T86: Por uma hora, é… mas isso nem ao menos é verdade, porque você disse que não podia ter tido nenhum momento feliz no passado e, no entanto, ontem mesmo teve um bom dia.
P86: Mas o que me assistiu é essa ideia de que não vai acabar.
T87: Talvez a ideia esteja errada. Como sabe se a ideia está ou não errada?
P87: Não sei.
T88: (Testagem retrospectiva de hipóteses.) Bem, vamos operacionalizar a coisa. O que quer dizer "Não vai acabar"? Significa que você nunca irá sentir-se bem novamente em toda sua vida? Significa que você vai sentir uma tristeza ininterrupta, inflexível, inexorável, dia após dia, hora após hora, minuto após minutos? Parece-me que essa é sua crença. Essa é a hipótese, por ora. Bem, vamos testá-la retrospectivamente. Você teve essa ideia de que "Isso nunca vai acabar". Quando foi que teve essa ideia. Ontem, às 9 horas.
P88: Foi.
T89: Ora, isso significa que, se essa hipótese estiver correcta, desde a hora em que acordou hoje de manhã você deveria ter sentido uma tristeza e uma infelicidade intermináveis, inflexíveis, ininterruptas, inevitáveis e inexoráveis.
P89: (Rejeita a hipótese.) Isso não é verdade.

P90: Bem, olhe, quando acordo de manhã, antes mesmo de estar completamente acordada, a primeira coisa que me vem à cabeça, inevitavelmente, é que não quero me levantar. Que não há nada por quê eu queria viver. E isso não é maneira de começar o dia.
T91: essa é a maneira como a pessoa que está com uma depressão começa o dia. É a maneira perfeitamente apropriada de começar o dia, se a pessoa se estiver sentindo deprimida.
P91: Mesmo antes de estar acordada?
T92: É claro. Enquanto dormem, as pessoas deprimidas chegam mesmo a ter pesadelos. Você leu o artigo sobre sonhos. Até os sonhos delas são ruins. Então, como esperar que acordem sentindo-se bem, depois de haverem passado a noite inteira tendo pesadelos? E o que acontece na depressão, à medida que o dia corre? Elas tendem a

melhorar. Você sabe por quê? Porque têm uma sensação melhor da realidade – a realidade comece a penetrar em suas crenças.
P92: é isso que acontece?
T93: é claro.
P93: Sempre achei que fosse porque o dia estava chegando ao fim e eu poderia dormir de novo.
T94: Dormir para ter mais pesadelos? A realidade interfere e prova a falsidade dessa crença negativista.
P94: É por isso que ela é diurna.
T95: Claro, e nós já refutamos essa crença negativa, não foi? Você experimentou uma crença muito forte na noite passada – forte o bastante para levá-la a querer suicidar-se – de que isso seria ininterrupto, inflexível, inevitável e inexorável.
P95: (Optimista) Posso lhe contar uma coisa muito positiva que fiz hoje de manhã?
T96: (Brincando), Não, detesto ouvir coisas positivas. Sou alérgico, O.K., vou tolerá-la. (Ri).
P96: (Relembra a auto-orientação racional.) Tive uma ideia antes mesmo de estar bem acordada e disse: "Quer fazer o favor de parar? Simplesmente dê a você mesma uma chance e pare de se dizer coisas desse tipo!".
T97: E o que há de errado em dizer isso?
P97: Eu sei! Achei que foi uma coisa muito positiva, (Ri).
T98: (Sublinha a declaração.) Isso é esplêndido! Bem, diga novamente, para que eu possa me lembrar.
P98: Eu disse, "Pare e dê a você mesma uma chance".
P99: (Previsão mais optimista. Auto-suficiência.) Quando seus amigos estiveram em sua casa, você encontrou aí um sentido intrínseco. E isso num contexto de não existir nenhum homem… Ora, quando a dor do rompimento houver-se esvaído completamente, você será capaz de descobrir todas essas coisas boas, você mesma, sob seu próprio controle, atribuindo a elas seu verdadeiro significado?
P99: Suponho que, se a dor for menor…
T100: Bem, a dor é menor neste momento.
P100: Faz diferença?
T101: Faz.
P101: Mas isso não quer dizer que vai continuar assim.

102: Bem com o correr do tempo, você sabe, é da natureza humana que as pessoas superem episódios dolorosos. Você já passou por períodos de sofrimento no passado.
P102: Suponha que eu continue a sentir falta dele para sempre.
T103: Quê?
P103: Suponha que eu continue a sentir falta dele para sempre.
T104: Não há razão para esperar que você sinta falta dele para sempre, As pessoas não são construídas dessa maneira. Elas são construídas para esquecer, depois de algum

tempo, e então envolver-se com outras coisas. Você Já conheceu isso antes.
P104: Você falou num homem que sentia falta da mãe depois de 25 anos.
T105: (Enfatiza a auto-suficiência). Bem, não sei.., esse pode ter sido um pequeno bloqueio dele, mas não conheço esse caso… Em geral, não é dessa maneira que as pessoas funcionam. Elas superam o amor perdido. Certo? E uma das maneiras de acelerar o processo é você, você mesma, atribuir significado às coisas que estão à sua volta, às quais é capaz de ser receptiva... Você demonstrou que…
P105: Não tentando substituir um amor perdido, imediatamente?
T106: (Reforçando a independência.) Substituir? O que você está tentando fazer é encontrar um outro instrumento de felicidade. Ele se transformou em seu mecanismo para atingir a felicidade. Isso é o que está errado com toda essa preocupação com homens. É que você está interpondo uma outra entidade, não confiável, entre você e a felicidade. E tudo que tem a fazer é afastar essa entidade do caminho, e não haverá nada para impedi-la de obter felicidade. Mas você quer continuar a puxá-la de volta. Eu diria: Deixe-a de fora por algum tempo e você verá. Já na semana passada você descobriu que, mesmo não tendo um homem, era capaz de encontrar felicidade. E, se deixar o homem fora do sistema por tempo suficiente, vai descobrir que não precisa dele. Depois, se quiser trazê-lo de volta. Como uma das muitas coisas que lhe trazem satisfação, óptimo, pode fazer isso. Mas se o vir como a única ligação entre você e a felicidade, estará precisamente de volta ao lugar em que estava antes.
P106: É errado pensar que, se eu chegar a um ponto em que realmente acredite que não preciso dele, não vou querê-lo?
T107: Ah, você está falando nele. Acho que, simplesmente…
P107: Qualquer homem… qualquer homem.
T108: (Mina a dependência regressiva.)… Bem, você ainda poderia desejá-lo, assim como poderia querer ir ao cinema, ou ler um bom livro, ou convidar seus amigos para jantar. Sabe, é preciso ter bons relacionamentos com seus amigos; no entanto, se eles não estivessem vindo jantar ontem à noite, isso não a teria mergulhado num desânimo profundo. Não estou subestimando a satisfação que se consegue com as outras pessoas… mas não é uma necessidade, e alio com que você, você mesma, pode relacionar-se numa base de igual para igual... e isso acontece, de um indivíduo para outro. Você tem-se relacionado com um homem da maneira que uma criança se relaciona com um dos pais, ou um viciado com as drogas, Ele encara a droga como o mecanismo pura atingir a felicidade (e sabemos que não se pode alcançar a felicidade artificialmente). E você tem usado os homens de uma forma artificial. Como se eles fossem trazer-lhe felicidade…

e não, simplesmente, como uma das coisas externas a você, através da qual você mesma pode trazer-se a felicidade. Você deve trazer felicidade a você.
P108: Eu posso… Tenho-me centrado na dependência.
T109: (Enfatizado os prazeres existentes.) Bem, e você conseguiu. Você se

proporcionou felicidade indo ao cinema, trabalhando com seus clientes, convidando amigos para jantar, levantando-se pela manhã e fazendo coisas com sua filha. Você se proporcionou felicidade… mas não pode depender de outra pessoa para trazer-lhe felicidade, como uma garotinha depende de uma par. Não funciona. Não me oponho a isso… não tenho nenhuma objecção moralista a isso… É que, simplesmente, não funciona. Do ponto de vista pragmático, é uma forma muito inábil de conduzir a vida. E, em alguma sociedade utópica depois desta, as crianças serão treinadas a não depender dos outros como mecanismos de felicidade. Aliás, você pode até demonstrar isso a sua filha… Através de seu próprio comportamento, ela poderá descobrir.
P109: Ela é uma criança muito independente.
T110: (Pesquisando alguma reacção desfavorável à entrevista.) Bem, ela já descobriu. O.K., você tem alguma pergunta? Algo sobre o que discutimos hoje? Eu disse alguma coisa que a afectasse de modo errado?
P110: Você disse que seria danoso… bem, não danoso… mas você acha que eu ficaria privada de uma oportunidade de testar isso, se partisse para um outro homem.
T111: Bem, é uma oportunidade incomum…
P111: Não é tão incomum, porque eu poderia envolver-se com outra pessoa.
T112: (Transformando a desvantagem em vantagem.) Bem, sim, mas parece que esta é a por – você disse que era a pior depressão que experimentou em muito tempo. É uma oportunidade muito incomum de poder demonstrar como você conseguiu levantar-se das profundezas mais escuras da depressão até uma sólida posição de independência. Realmente, você pode não ter essa oportunidade outra vez, e seria um contraste tão nítido! Ora, você não tem que fazê-lo, mas estou dizendo que é, realmente, uma chance muito rica, e que de facto significa, possivelmente, um grande progresso. Não quero levantar nenhuma hipótese auto-realizadora, pois você tem que esperar a dor e não se deixar desanimar por ela. O que dirá a si mesma, se sentir dor hoje à noite? Suponha que você experimente sofrimento depois que sair da entrevista de hoje, o que dirá a si mesma?
P112: "Dor presente para ganho futuro".
T113: E onde é que você se encontra, agora, na escala de desesperança?
P113: Baixei para 15%.
T114: Baixou para 15%, partindo de 95%, e deve lembrar que se trata a dor de modo estruturado, da maneira que lhe contei sobre as pessoas que se fazem sentir tristes durante um período específico. Tem que ser estruturada. Se você puder estruturar sua dor, ela será algo que irá erguê-la no futuro e, de facto o fará. Mas se você se vir, simplesmente, como sendo vitimada por essas forças sobre as quais não tem controle… sentir que está simplesmente abandonada, em termos das coisas internas e externas… aí se sentirá péssima. E o que tem de fazer e transformar-se, deixando de ser alguém que se sente desamparada, certo?... E você é a única pessoa que pode fazê-lo… Não posso torná-la forte e inde-

pendente… Posso mostrar-lhe o caminho, mas se você conseguir, não será por haver tirado nada de mim: você o terá feito, utilizando os recursos dentro de você própria.
P114: Por que acontece, então, eu me sentir mais forte quando tenho um homem? Se as coisas vão.
T115: (Neutraliza a pressuposição sobre extrair forças de outra pessoa. Teste empírico). Você quer dizer que faz-se sentir forte, porque diz a sim mesma: "Bem, tenho esse homem, que é uma fortaleza, e, já que posso apoiar-me nele, sinto-me forte" Mas, na realidade, ninguém pode lhe dar forças. É uma falácia sentir-se mais forte por ter um homem, e você não deve confiar nesses sentimentos. A definição está em sua mente: "Sou mais forte quando tenho um homem". Mas o reverso disso é muito perigoso, pois é: "Fico fraca quando não tenho um homem…" O que você tem a fazer, se quiser superar isso, é desmentir o reverso, "Fico fraca quando não tenho um homem". Agora, está disposta a submeter-se a esse teste amargo? Se estiver, irá descobrir. O.K., suponha que você me telefone amanhã e me diga como está passando, para podermos discutir algumas das outras prescrições.

Tornou-se aparente, ao final da entrevista, que a crise suicida aguda havia passado. A paciente sentiu-se substancialmente melhor, ficou mais optimista e decidiu enfrentar e solucionar seus problemas. Posteriormente, envolveu-se com a terapia cognitiva em bases mais regulares e trabalhou com um dos membros da equipe "júnior" na identificação e enfrentamento de seus problemas intra e interpessoais.

Essa entrevista é característica de nossas estratégias de intervenção em crise, mas constitui um desvio da abordagem mais sistemática, empregada nas fases menos dramáticas da depressão do paciente. Em geral, procuramos aderir ao princípio do empirismo cooperativo (Capítulo 1) em nossas entrevistas de rotina, desviando-nos dos procedimentos-padrão apenas por períodos limitados de tempo. Uma vez superada a crise, o terapeuta reassume um papel menos intrusivo e menos activo, estruturando a entrevista de tal modo que o paciente assuma maior responsabilidade pelo esclarecimento e pela descoberta de soluções possíveis para seus problemas.

capítulo 12

PRESSUPOSIÇÕES DEPRESSOGÉNICAS

À medida que progride a terapia e abrandam-se os sintomas do paciente, o foco do tratamento se desloca para a modificação de suas pressuposições erróneas - as crenças básicas que predispõem o indivíduo à depressão. A alteração dessas pressuposições erróneas ou disfuncionais surte um efeito directo na capacidade do paciente para evitar depressões futuras.

Embora alguns temas comuns possam ser encontrados nos sistemas de crença dos pacientes depressivos, cada paciente possui um conjunto único de regras pessoais.

Tempo e esforço se fazem necessários para descobrir e modificar as pressuposições disfuncionais específicas de um determinado paciente. Tanto por razões práticas quanto terapêuticas, o paciente precisa estar activamente envolvido nesse processo terapêutico. Para enfatizar a importância da modificação dessas normas, o terapeuta pode dizer-lhe que mesmo quando os sintomas da depressão se houverem abatido, ele permanecerá vulnerável a depressões futuras, até que essas crenças sejam identificadas e alteradas.

As regras não articuladas pelas quais um indivíduo procura integrar e atribuir valor aos dados brutos da experiência baseiam-se em suposições fundamentais, que moldam seus padrões de pensamento automático. Nesse período de desenvolvimento, cada indivíduo aprende regras ou fórmulas pelas quais busca "dar sentido" ao mundo. Essas fórmulas determinam como o indivíduo organiza percepções em cognições, como estabelece objectivos, como avalia e altera seu comportamento e como compreende ou chega a um acordo com os acontecimentos de sua vida. Em essência, essas pressuposições básicas formam a matriz pessoal de significação e valor, o fundo contra o qual os eventos cotidianos adquirem relevância, importância e significado. As pressuposições inadaptativas diferem das adaptativas

no sentido de serem inapropriadas, rígidas e excessivas. Beck (1976) escreveu, falando da natureza dessas regras não adaptativas:

Aberrações de pensamento tais como o exagero, a hipergeneralização e o absolutismo estão embutidas no quadro da norma e, portanto, pressionam o indivíduo a formar conclusões exageradas, hipergeneralizadas e absolutas, (Evidentemente, nos estados normais, existem também regras mais flexíveis, que tendem a mitigar as mais extremas, estas predominantes nos estados de perturbação). Quando o tema da preocupação do paciente se relaciona com suas sensibilidades específicas, as regras mais primitivas tendem a deslocar os conceitos mais maduros. Uma vez que o paciente aceite a validade de uma conclusão extremada, torna-se mais susceptível a uma expansão sempre crescente das regras primitivas… dado que as normas mais primitivas tendem a expressar-se em palavras extremadas, conduzem a conclusões extremadas. São empregadas como num silogismo:

Premissa Maior: "Se eu não tiver amor, nada velho"
Premissa Menor: "Raymond não me ama"
Conclusão. "Não valho nada"

Evidentemente, o paciente não vivência uma sequência de pensamento sob a forma de um silogismo. A premissa maior já faz parte de sua organização cognitiva e é aplicada às circunstâncias que se apresentam. O paciente pode remoer a premissa menor (a situação específica) e por certo conhece a conclusão. (p. 100)

Essas regras se activam nas situações que afectam áreas relevantes das vulnerabilidades específicas do indivíduo, tais como a aceitação-rejeição, o sucesso-fracasso, a saúde-doença ou o ganho-perda. Por exemplo, um paciente que se nutria da crença de que tinha de ser perfeito atribuía elevado valor ao desempenho. Media seu próprio valor através de quão bem podia alcançar algo, ou pelo número de objectivos diferentes que conseguia atingir. Nele, o valor era ditado por suas pressuposições, que determinavam que acontecimentos observar e como avaliá-los.

Essas pressuposições são aprendidas e, em alguma época, podem ter sido enunciadas. Podem derivar de experiências infantis, ou das atitudes de pares ou dos pais. Muitas delas se fundamentam em regras familiares. Por exemplo, um pai poderia dizer a um de seus filhos, "Seja bonzinho, ou Nancy não gostará de você". A criança poderá repetir isso em voz alta, a princípio, e para si mesma, posteriormente. Depois de algum tempo, desenvolve a norma subjacente: "Meu valor depende do que os outros pensam de mim". Ademais, muitas dessas pressuposições não adaptativas são culturalmente reforçadas.

Beck (1976) especificou algumas das pressuposições que predispõem à depressão ou tristeza excessivas (pp. 255-256). Eis alguns exemplos:

1. Para ser feliz, tenho que ser bem-sucedido no que quer que faça.
2. Para ser feliz, devo ser aceito por todas as pessoas em todas as ocasiões.
3. Se cometer um erro, isso significa que sou inepto.
4. Não posso viver sem você.
5. Se alguém discordar de mim, isso significa que não me estima.
6. Meu valor, como pessoa, depende do que os outros pensam de mim.

Se um paciente esteve deprimido por um longo espaço de tempo. Apega-se com grande tenacidade a essas pressuposições e a suas conclusões negativas. Raramente examina ou põe em dúvida essas percepções. Elas fazem parte de sua identidade, tanto quanto ser homem ou mulher. Se o terapeuta desafia essas visões, seu questionamento pode ser interpretado pelo paciente como um ataque ou como uma demonstração de falta de empatia. A certeza com a qual essas crenças negativas são mantidas tende a variar de acordo com a intensidade da depressão.

IDENTIFICANDO AS PRESSUPOSIÇÕES DISFUNCIONAIS

Paciente e terapeuta trabalham juntos para desvendar essas pressuposições. A natureza colaborativa desse esforço é importante por uma multiplicidade de razões. Primeiramente, existe a consideração prática do tempo e energia do terapeuta. Por ser a terapia cognitiva activa e directiva, há mais trabalho envolvido nela que em outras formas de terapia.

Os pacientes, por sua vez, beneficiam-se ao assumir um papel activo no reconhecimento e correcção de suas pressuposições autoderrotistas. Sobre alguns, é possível dizer que têm problemas principalmente porque, no passado, confiaram a outrem a tarefa de raciocinar por eles. Suas pressuposições não somam um total porque eles "permitiram que outros fizessem a conta". Ao reconhecer e testar e modificar suas crenças erróneas, os pacientes aprendem a pensar por si mesmos.

O paciente precisa identificar suas próprias pressuposições para tornar possível o processo de aprendizagem. O terapeuta pode guiá-lo nessa exploração, auxiliando-o a inferir as pressuposições a partir de suas cognições disfuncionais e, a seguir, verificando com o paciente as regras inferidas.

Se o terapeuta salta prematuramente para a identificação de uma crença básica, corre o risco de confundir o paciente. Este precisa concordar com a formulação do terapeuta a partir da aquiescência, e não da convicção, ou poderá descartá-la de imediato, fechando assim a porta à descoberta daquela mesma crença. O terapeuta precisa lembrar-se de que as pressuposições, em sua maior parte, não são enunciadas pelo paciente sem uma

introspecção considerável. Provavelmente, estará precipitando problemas se disser ao paciente: "Você está dizendo a si próprio - "Tenho que ser feliz", ou "Você está dizendo a si mesmo - "Todos tem que me amar". O paciente pode observar prontamente seus pensamentos automáticos, mas não suas pressuposições.

Finalmente, por serem as pressuposições abstractas e impalpáveis, o paciente precisa estar activamente envolvido em sua identificação. Uma vez que a terapia se desloque para além dos dados concretos dos pensamentos automáticos e dos comportamentos observáveis, existe o risco de que a intervenção terapêutica erre o alvo. Nesse ponto, os terapeutas tornam-se particularmente vulneráveis ao risco de expor sua própria tendenciosidade - o que eles especulam serem as crenças do paciente. Se, entretanto, o terapeuta ouvir seu paciente e trabalhar com ele, a terapia terá maior probabilidade de permanecer no alvo.

Inicialmente, o terapeuta formula inferências ou desenvolve hipóteses acerca das pressuposições do paciente. As informações sobre essas pressuposições são colhidas observando-se como o paciente justifica uma cognição específica, ou como se mostra perturbado por determinado pensamento. O terapeuta deve abster-se continuamente de tirar conclusões precipitadas a respeito das pressuposições do paciente. Deve permanecer ingénuo, desconhece dor e curioso do conteúdo da fórmula que molda determinado raciocínio perturbador.

Uma forma de auxiliar o paciente a tomar conhecimento de suas pressuposições básicas consiste em trabalhar do específico e explícito para o genérico e inferido. Há três estágios nesse processo. No primeiro, o paciente reconhece e relata seus pensamentos automáticos. O segundo compreende a identificação dos temas gerais abstraídos dos pensamentos automáticos. O estágio final se centra no delineamento ou

formulação das regras ou equações centrais do paciente acerca de sua vida.

Quando o paciente houver relatado um número suficiente de pensamentos automáticos, os temas emergirão, tais como a crença de que ele é indigno de amor, inadequado, feio ou desamparado. Os pensamentos automáticos do paciente frequentemente emergem de uma pressuposição implícita, sobre a qual se assenta logicamente a cognição. Conquanto essa pressuposição raramente seja articulada, a norma que orienta a visão do paciente pode ser inferida a partir de uma relação de cognições ou eventos que conduzem à disforia.

Por exemplo, as seguintes cognições perturbadoras foram registradas por um engenheiro de 38 anos:

1. Meu trabalho é de má qualidade.
2. Não consigo consertar a bicicleta.
3. Não consigo cortar a grama.

4. Não posso efectuar uma venda.
5. O papel de parede não ficou suficientemente bem alinhado.

Os temas inferidos dessas cognições envolveram (a) desempenho e (b) padrões perfeccionistas. Os padrões perfeccionistas se tomam evidentes quando são investigadas as bases de algumas das cognições. Por exemplo, a cognição "Não consigo cortar a grama" baseou-se no dado objectivo de que, embora ele houvesse, de fato, cortado a grama, o aparador estava quebrado e, desse modo, alguns dos cantos não haviam ficado bem cortados. A imperfeição no papel de parede não era perceptível a qualquer outra pessoa. O terapeuta verbalizou pressuposições do tipo, "Se eu não estiver realizando algo ou sendo bem-sucedido, sou um perdedor" e "Se eu cometer um erro, sou um inepto", ou "Fazer um trabalho incompleto ou imperfeito 6 tão mau quanto não fazê-lo". Verificou com o paciente se as pressuposições se encaixavam ou não. Apontá-las com precisão requer uma boa dose de "sintonia fina".

Os tipos de erros de raciocínio que o paciente comete habitualmente (hipergeneralização, conclusões arbitrárias, raciocínio dicotômico) podem fornecer um indício das pressuposições subjacentes. Por exemplo, o paciente que hipergeneraliza cronicamente acerca de uma espécie particular de acontecimento terá, provavelmente, pressuposições correspondentes, que serão caracterizadas, de maneira semelhante, por hipergeneralizações.

Outro indício do sistema de crenças do paciente é seu uso frequente de espécies características de palavras. As expressões globais e vagas que o paciente emprega, costumeiramente, são de especial ajuda na descoberta de pressuposições. Dado que as suposições básicas são geralmente aprendidas nos primórdios da vida, palavras de largo emprego e infantis como "estúpido" e "bobo" podem constituir-se em pistas úteis para essas pressuposições. Uma vez que tenham sido identificados esses termos de frequência elevada, cabe explorá-los mais a fundo. O paciente precisa enunciar os

significados concretamente.

Conquanto a terapia cognitiva seja, em geral, muito estruturada, permitir que o paciente divague, ocasionalmente, pode apontar na direcção das pressuposições subjacentes. Nessas ocasiões, o terapeuta busca entender a visão de mundo do paciente, ao invés de corrigir suas distorções. Dentro do mesmo espírito, a terapia cognitiva interessa-se, primariamente, pelos problemas actuais, porém deixar que o paciente discuta incidentes importantes de seu passado pode levar li descoberta de pressuposições fundamentais.

Recordações vívidas da infância, histórias para ninar que o paciente relembra da meninice e ditos familiares podem ser úteis para revelar essas pressuposições.

Quando o paciente parece habitualmente feliz acerca de alguma ocorrência, indagações sobre seus pensamentos podem levar a suas normas

fundamentais. Muitas das fórmulas disfuncionais "recompensam" o paciente quando parecem estar funcionando. Por exemplo, a pessoa que se identifica com seu emprego pode ficar exultante quando seu trabalho é elogiado (mas entra em dificuldades consigo mesma quando percebe seu desempenho como estando abaixo de seus padrões).

Um indício final do sistema de crenças subjacentes do paciente é sua maneira de encarar o comportamento de outrem. Atribuições do tipo "Mary é feliz porque tem um marido" podem ser particularmente úteis. Nesse caso, sugere a crença, na paciente: "Não posso ser feliz, a menos que tenha um marido".

No caso seguinte, o terapeuta usou diversos m6todos para descobrir as pressuposições primárias e secundárias de uma paciente gravemente deprimida. Tratava-se de uma mulher de 33 anos, recentemente divorciada, com dois filhos. A depressão actual começara após seu divórcio, quando ela se havia transferido de uma área rural para um ambiente urbano. Seus mitos tiveram dificuldade em ajustar-se à nova área.

Na primeira fase do tratamento, a paciente foi solicitada a registrar os pensamentos automáticos que precediam seus afectos negativos. Ela conseguiu fazê-lo: alguns exemplos de seus pensamentos automáticos estão indicados na Figura 3. A seguir, ensinaram-lhe a responder a esses pensamentos com ideias mais realistas e positivas.

No estágio seguinte do tratamento, foram abstraídos os temas gerais dos pensamentos automáticos negativos. Um desses temas gerais era como a paciente aparecia aos olhos de terceiros. Ela acreditava ter que parecer "agradável" às outras pessoas. "Agradável" era uma de suas palavras frequentemente empregadas, donde o terapeuta pediu-lhe que explicasse o que queria dizer com esse termo. Para ela, ser "agradável" consistia em parecer animada e atraente aos demais.

Um dos temas gerais dizia respeito a sua tendência a culpar-se quando as coisas saíam erradas. Os exemplos de "coisas ruins" iam desde divorciar-se até ter um pneu

furado. Em alguns desses incidentes, ela achava ter razão para culpar-se. Por exemplo, um de seus filhos estava tendo dificuldades na escola. Ela acreditava resultar esse problema de suas qualidades precárias como mãe. O tema geral do auto-enculpamento conduzia a sentimentos de tristeza e depressão.

Um segundo tema compreendia a "injustiça" da vida. Centrava-se este nas coisas que as outras pessoas tinham e que faltavam a ela, tais como um marido, bons momentos, dinheiro. Esses pensamentos levavam a sentimentos de raiva.

246

Figura 3: Esquema do Fluxo de Cognições-Afectos

SUPOSIÇÃO PRIMÁRIA:
Se eu for agradável (sofrer pelos outros, parecer-lhe animada e bela), as coisas ruins (divórcio, filhos endiabrados) não acontecerão comigo.

SUPOSIÇÃO SECUNDÁRIA:
É culpa minha quando as coisas ruins acontecem (porque não fui agradável).

PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS:
Fiz com que meu marido se portasse mal.
Arruinei a vida de meus filhos ao me divorciar.
Nunca tenho bons momentos.
É porque não sou agradável.

AFECTO: Tristeza

SUPOSIÇÃO PRIMÁRIA:
Se eu for agradável (sofrer pelos outros, parecer-lhe animada e bela), as coisas ruins (divórcio, filhos endiabrados) não acontecerão comigo.

SUPOSIÇÃO SECUNDÁRIA:
A vida é injusta (porque sou agradável, mas as coisas ruins acontecem).

PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS:
Porque não tenho um marido?
Deus me pregou uma peça.
Porque meus filhos se comportam mal?
Meu patrão não deveria criticar-me.

AFECTO: Raiva

247

O diálogo abaixo revelou uma crença fundamental:

TERAPEUTA: Seu pensamento automático foi "Meus filhos não deveriam brigar e portar-se mal", E, como eles o fazem, "Devo ser uma mãe horrível". Por que é que seus filhos não deveriam portar-se mal?
PACIENTE: Eles não deviam portar-se mal porque… sou tão agradável com eles.
T: O que você quer dizer?
P: Bem, quando se é agradável, as coisas ruins não devem acontecer, (Nesse ponto, o olhar da paciente se iluminou).

As fórmulas dos pacientes podem ser empregadas para fazer explorações em direcções variadas. No caso citado, a mulher achava que "Coisas ruins têm acontecido comigo, portanto, isso quer dizer que não sou agradável". Essa era a consequência lógica de sua falsa premissa de que é possível evitar o infortúnio "agindo de maneira agradável".

O terapeuta indagou: "Quem lhe disse que, se for agradável, as coisas ruins não lhe acontecerão?" Ela retrucou que sua mãe sempre lhe dissera isso. Afirmou também que essa regra fora reforçada na escola, onde os professores lhe diziam que se fosse agradável, seria recompensada. Os professores também lhe afirmavam que ela era inteligente e que "chegaria a algum lugar".

Logo no início do tratamento, o terapeuta discute com seu paciente o papel desempenhado por essas fórmulas na depressão, pedindo-lhe que fique alerta para essas suposições. Ao adquirir uma ideia exacta das pressuposições do paciente e no momento propício, o terapeuta pode dizer-lhe: "Estive pensando em você e no que poderia ser uma de suas pressuposições ou regras, Gostaria que você a anotasse e pensasse nela, entre hoje e a próxima sessão. Escreva também suas ideias a respeito e as formas pelas quais essa norma poderia ser modificada".

Os terapeutas podem utilizar diagramas ou esquemas de fluxo como o da Figura 3 para auxiliar a identificar e expor suposições. Podem fornecer ao paciente um esquema parcialmente completado ou um modelo de gráfico para ajudar no processo, Esses esquemas são montados relacionando-se as emoções negativas e os pensamentos automáticos precedentes. Ao preparar esses quadros, o terapeuta pode ter em mente que a maioria das emoções negativas pode ser ligada, em última instância, a pressuposições autoderrotistas.

MODIFICANDO PRESSUPOSIÇÕES

Identificar as pressuposições do paciente é o primeiro passo para modificá-las. Uma vez que sejam verbalizada e, portanto, não mais se ocultem, mui-

tos pacientes percebem, de imediato, seu absurdo ou sua inadaptatividade. Isso não é

surpreendente, se considerarmos que muitas pessoas têm essas suposições mudas na conta de certezas acima de qualquer questionamento.

O terapeuta pode empregar uma variedade de argumentos e de exercidos para ajudar os pacientes a examinarem a validade das crenças auto-derrotistas. Os pacientes não alteram suas crenças em virtude do número de contra-argumentos, mas sim porque algumas argumentações específicas fazem sentido a seus olhos. Algumas formas novas de encarar uma dada situação podem colaborar na modificação de crenças antigas. O que leva os pacientes a modificarem essas crenças é, muitas vezes, surpreendentemente simples. Quando os pacientes deixam transparecer uma modificação numa crença, o terapeuta deve, como questão de rotina, indagar o que levou àquela alteração.

A melhor prova contra essas pressuposições é aquela que o paciente desenvolve por si mesmo ou em colaboração com o terapeuta. Por essa razão, os desafios às pressuposições do paciente devem ser apresentados sob a forma de perguntas e de sugestões de pressuposições alternativas, e não sob a forma de um sermão. Os argumentos contrários ao sistema de crenças de um paciente mostram-se mais eficazes quando se integram com suas ideias adaptativas. Por exemplo, um paciente acreditava que o facto de os outros discordarem dele significava que não o estimavam. Acreditava, igualmente, que não podia ser tudo para todas as pessoas, Aplicando a segunda crença à primeira, ele pode aceitar a "nova concepção" de que não era tão fundamental que os outros concordassem com ele ou não. Assim, uma crença adaptativa foi utilizada para contradizer outras crenças.

AS PRESSUPOSIÇÕES COMO "ALVOS"

Muitas das intervenções cognitivas e comportamentais esboçadas anteriormente para modificar pensamentos automáticos são empregadas para alterar pressuposições ocultas, Entretanto, a diferença entre esses dois alvos, como ilustra o caso que se segue, exige métodos contrastantes de intervenção.

A paciente era uma mulher atraente, de vinte e poucos anos. Sua depressão, que durava 18 meses, fora precipitada pelo facto de seu namorado a haver deixado. Eram numerosos os pensamentos automáticos segundo os quais era feia e indesejável. Tais pensamentos automáticos foram tratados da seguinte maneira:

TERAPEUTA: À parte sua opinião subjectiva, que provas você tem de que é teia?
PACIENTE: Bem, minha irmã sempre disse que eu era feia.

T: Ela estava sempre certa nesses assuntos?
P: Não. A rigor, ela bem que tinha motivos para me dizer isso. Mas a verdadeira razão por que sei que sou feia é que os homens não me convidam para sair. Se eu não fosse feia, estaria saindo com alguém agora.

T: Essa é uma razão possível para você não estar saindo com ninguém. Mas há uma explicação alternativa. Você me disse que trabalha sozinha num escritório o dia inteiro e que passa suas noites em casa, sozinha. Você não parece estar-se dando muitas oportunidades de encontrar nenhum homem.
P: Entendo o que você quer dizer, mas, ainda assim, se eu não fosse feia, os homens me convidariam para sair.
T: Sugiro que façamos uma experiência, isto é, que você se torne mais activa socialmente, pare: de recusar os convites para festas e acontecimentos sociais e veja o que acontece.

Depois que a paciente tornou-se mais activa e teve maiores oportunidades de conhecer rapazes, começou a sair em companhia masculina. Àquela altura, já não acreditava que fosse feia.

A terapia focalizou então sua pressuposição básica segundo a qual o valor de uma pessoa é determinado por sua aparência. Concordou prontamente em que isso não fazia sentido. Percebeu também a falsidade da suo posição de que é necessário ser bonita para atrair os homens ou para ser amada, Essa discussão levou a sua crença fundamental de que não poderia ser feliz sem amor (ou sem a atenção dos homens). A última parte do tratamento dirigiu seu foco a auxiliá-la a modificar essa crença.

T: Em que você baseia essa crença de que não pode ser feliz sem um homem?
P: Estive realmente: deprimida por um ano o meio, quando não tinha um homem.
T: Havia alguma outra razão por que você estivesse deprimida?
P: Como discutimos, eu estava encarando tudo de maneira distorcida. Mas ainda não sei se poderia ser feliz, se ninguém estivesse interessado em mim.
T: Eu também não. Há alguma forma de descobrirmos?
P: Bem, como uma experiência, eu poderia não sair com rapazes por algum tempo e ver como me sinto.
T: Isso me parece uma boa ideia. Embora tenha suas falhas, o método experimental ainda é a melhor maneira, disponível actualmente, para descobrir os factos. Você tem sorte de poder realizar esse tipo de experimento. Ora, pela primeira vez em sua vida adulta, não está ligada a nenhum homem. Se descobrir que pode ser feliz sem um homem, isso irá fortalecê-la grandemente e também tomará muito melhores os seus relacionamentos futuros.

No caso em questão, a paciente fui capaz de manter-se num regime "a seco". Após um breve período de disforia, ficou encantada ao descobrir que seu bem-estar não dependia de outra pessoa.

Houve semelhanças entre as duas intervenções. Em ambas, a conclusão ou suposição distorcida foi esboçada e a paciente foi solicitada a apre-

sentar provas que a apoiassem. Um experimento para colher dados foi também sugerido em ambas as circunstâncias. Entretanto, para atingir os resultados, tornaram-se necessárias versões contrastantes da mesma situação experimental.

MODIFICAÇÃO DOS "DEVOS"

Um tema recorrente nas pressuposições dos deprimidos é o apoio acentuado nos "devos", ou normas de vida. O paciente está seguro de que essas normas se aplicam a todas as situações. Fazem parte da estrutura cognitiva através da qual é organizada a experiência cotidiana. Com frequência, os pacientes comparam mentalmente o que "deveriam" fazer com o que "estão" fazendo. Nessa comparação, o comumente julgam seu comportamento e a si próprio como inadequados em relação a esse conjunto de padrões idealizados. Os padrões se formulam, geralmente, em termos absolutos. Além disso, o paciente deprimido superemprega as regras do que deveria ser ou fazer. Esse superemprego se reflecte tanto na intensidade com a qual sustenta que "deveria" fazer algo, como no grande número de situações às quais aplica suas regras do que "deveria" fazer ou ser.

Frequentemente, os pacientes encontram apoio para essas normas na experiência pessoal. De seu ponto de vista, essas normas funcionam para impedir a ocorrência de algo desagradável, por exemplo, "Devo ouvir as pessoas de autoridade, ou elas não gostarão de mim". O paciente dominado por "devos" é prontamente reconhecível. As cognições reunidas como tarefas de casa, assim como as verbalizações nas sessões terapêuticas, contem uma elevada frequência de "devos", "tenho que" ou "preciso". Essas normas arbitrárias (a) impedem o paciente de identificar ou desfrutar de seus próprios sucessos, (b) impedem-no de estabelecer prioridades quanto ao que "precisa" fazer a seguir e (c) impedem-no de decidir, por si mesmo, o que quer fazer. Dando-se continuamente ordens absolutas, sob a forma de "devos", ele se torna cronicamente ansioso, frustrado e desapontado consigo mesmo, uma vez que não consegue cumprir todas essas determinações.

Diversas técnicas encontram-se disponíveis para modificar esses "devos". Uma estratégia comportamental, chamada "impedimento da reacção", foi utilizada com sucesso no tratamento das compulsões. Essa estratégia treina o paciente a descobrir o que acontecerá se deixar de seguir uma ordem: por exemplo, "Preciso lavar minhas mãos a cada dez minutos, ou contrairei uma infecção fatal". Esse tipo de pressuposições pode ser invalidado quando testado empiricamente.

Uma variação do impedimento de reacção pode ser utilizada com o paciente deprimido. O terapeuta o orienta a (a) verbalizar o "devo", (b)

prever o que aconteceria se o "devo" não fosse seguido, © fazer uma experiência para testar a previsão e (d) conforme os resultados do experimento, rever a norma.

O caso seguinte ilustra como executar esse procedimento. O paciente estava

deprimido, ansioso, cronicamente irritável e tinha dificuldade de afirmar-se com sua esposa. Foi-lhe perguntado o que aconteceria se falasse com a esposa sobre sua insatisfação com a maneira pela qual ela o tratava. Disse que a esposa se zangaria e que ameaçaria deixá-lo. Ele acreditava que, "Se você quer que as pessoas o estimem, tem que ser sempre agradável com elas", "Se você apontar seus defeitos, elas o punirão". Mais ainda, acreditava que essa norma se aplicava em todas as ocasiões e a todas as situações.

Para sustar o funcionamento da norma, foi dada ao paciente uma série de tarefas graduadas, que contrariavam o "devo". Em primeiro lugar, ele deveria confrontar sua esposa com uma pequena divergência, avançando, gradativamente, até confrontações mais cruciais. A fim de preparar o paciente, o terapeuta levou-o a ensaiar os confrontos. Sugeriu-lhe que imaginasse como poderia dar-se a formulação de suas queixas e como sua esposa poderia agir em relação a ele. Por quanto tempo ficaria ela zangada ou triste? Isso influiria no relacionamento de modo permanente ou transitoriamente? Nessa técnica, suas fantasias sobre as supostas terríveis consequências de abandonar os "devos" são exploradas e tomadas mais explícitas. Na circunstância mencionada, o paciente fantasiou que sua esposa o abandonaria. Depois de confrontar a esposa pela primeira vez, ela ficou zangada e ele pensou: "Errei em criticar. Deveria ter seguido minha regra de ser agradável o tempo todo." Mais tarde, entretanto, quando a raiva amainou, ela admitiu que ele havia tido razão.

Esse feedback positivo encorajou-o a assumir um risco maior. Conseguiu superar a resistência interna oferecida por seu "devo" e levantou temas de maior gravidade. Novamente, o confronto resultou em zanga por parte de sua esposa. Entretanto, ela se apercebeu, rapidamente, de que a felicidade de ambos dependia da elaboração de alguns daqueles problemas e, dessa forma, chegaram a um acordo sobre diversos assuntos. O desfecho desses experimentos foi o paciente aperceber-se de que (a) a regra de ser indiscriminadamente "agradável" constituía um obstáculo, (b) nenhuma consequência desastrosa ocorrer quando ele infringiu a norma e (c) pela adopção de regras mais flexíveis, ele poderia ter relacionamentos melhores com as outras pessoas.

AS PRESSUPOSIÇÕES COMO "CONTRATOS PESSOAIS"

A terapia pode focalizar a modificação do condicionalismo das pressuposições. A maioria destas tem uma base "contratual" implícita: Se eu fizer X

(conseguir a aprovaçã de outrem, jamais cometer um erro, provar que sou o melhor), acontecerá y (serei feliz, não terei problemas, terei valor).

Na discussão desse conceito, os terapeutas podem citar o trabalho efectuado por Lerner (1969), psicólogo social canadense, que afirma, com o apoio de dados experimentais, que o "merecimento" e sua contraparte, a "justiça", são os temas organizadores centrais na vida da maioria das pessoas. Sobre o desenvolvimento do

"merecimento", escreve ele:

Uma possibilidade razoável é a de que o tema do merecimento comece a adquirir sentido quando a criança depara com seu meio físico e social. (…) Na medida em que começa a orientar-se em direcção ao mundo com base no princípio da "realidade", mais do que no princípio do "prazer", a criança parece estar fazendo uma espécie de contrato consigo mesma. Pelos termos desse "contrato pessoal", concorda em desistir do uso imediato e directo do poder que tem à mão para satisfazer suas vontades e desejos. Quanto maiores a privação e o empenho, ou seja, seus investimentos, tanto mais valioso seria o resultado. (pp. 5-6)

Muitos pacientes deprimidos incorrem em problemas porque seus "contratos pessoais" são demasiado severos, demasiado absolutos e demasiado rígidos. O trabalho do terapeuta consiste em ajudar o paciente a "renegociar" seus contratos ou a abandoná-los de todo, se forem inaproveitáveis.

O recorte de sessão a seguir ilustra como esse conceito foi apresentado a um paciente:

TERAPEUTA: Você percebe de que maneira esse conceito de contrato pessoal se aplica a seu sistema de crenças?
PACIENTE: Meu contrato é: "Se eu trabalhar duro, as pessoas me respeitarão" e "Sem respeito delas, não posso ser feliz".
T: Quando você redigiu esses contratos?
P: Como discutimos, provavelmente quando eu era muito jovem.
T: Se você tivesse um negócio, deixaria uma criança redigir os contratos a respeito de sua operação?
P: Isso é o que pareço ter feito em minha vida e os contratos dão a terceiros o controle dos interesses do negócio.

O terapeuta pode enfatizar que esses contratos não são permanentes e podem ser alterados.

Tais contratos são inexequíveis e inadaptativos principalmente por serem os seus termos vagos e abertos. No exemplo citado, "trabalhar duro" é um conceito relativo, assim como o é o "respeito dos outros". Não há um fim para quão duro alguém deveria trabalhar, nem medida de quanto respeito seria necessário para sentir-se feliz.

Os pacientes frequentemente discutem o tema da justiça em termos de "equidade". Muitas vezes, as pressuposições fundamentais subjacentes giram em torno do conceito de equidade - o que merecem uns ou outros quando certas acções são praticadas. Considerando que essa expectativa é uma ilusão, muitos crêem que o mundo, Deus e a sociedade são flagrantemente injustos.

Uma preocupação comum dos pacientes gira em torno do sofrimento de outrem e daqueles que são injustamente tratados. A princípio, essa reacção se afigura como empatia, porém, se questionada, o paciente descobre com frequência estar-se projectando na situação. Está aplicando a terceiros suas próprias suposições idiossincráticas. Por exemplo, uma paciente mostrou-se extremamente preocupada quando morreu o marido de uma amiga. Diante de um questionamento mais profundo, revelou que seus pensamentos tinham sido: "E se meu marido morresse? Essa seria a pior coisa que poderia acontecer!" Sua pressuposição era a de que é preciso ter controle completo de todos os acontecimentos da vida. Inversamente, a perda de controle sobre uma situação particular equivaleria a um desastre. Através da projecção, ela aplicara essa regra à outra mulher.

Existem várias formas de lidar, em terapia, com a questão da equidade. Uma delas consiste em concordar com o indivíduo em que a vida é injusta, Muitas situações no mundo são desprovidas de imparcialidade, porque não há simetria na maneira como são distribuídas as coisas boas da vida. As pessoas nascem com habilidades diferentes, As circunstâncias e experiências felizes e infelizes parecem distribuir-se aleatoriamente. Ninguém tem a possibilidade especial de fazer jus a um tratamento favorecido ou esperar que seja magicamente protegido contra a adversidade.

Uma abordagem alternativa consiste em pedir ao paciente que relacione as situações injustas e indagar o que ele poderia fazer para modificá-las. O terapeuta pode indagar também de que forma o preocupar-se com essas situações pode alterá-las. Muitos pacientes admitem poder mudar sua atitude, mesmo que não possam modificar a situação externa. Muitas vezes, entretanto, eles podem mudar a situação.

É possível ao terapeuta dizer:

"Sei que você acha que as coisas deveriam ser diferentes, mas isso é apenas um fardo adicional que você se impõe... preocupando-se com o que os outros deveriam ou não deveriam fazer. Talvez fosse melhor para você usar mais construtivamente essa energia, ao invés de sobrecarregar-se com problemas alheios. Isso não quer dizer que não deva tentar fazer do mundo um lugar melhor, se puder."

Outra estratégia consiste em discutir como a equidade é, frequentemente, uma questão de opinião ou tendenciosidade pessoais. O empregado acredita: "Eu faço o trabalho por aqui. Eu produzo o produto. Eu deveria

receber mais dinheiro. Não é justo", enquanto o dono pensa: "Eu produzo o capital. Eu o investi. Eu corri o risco. Eu deveria ganhar mais dinheiro, ao invés de ter que dá-lo aos empregados." Em quase todos os casos, a equidade pode ser observada a partir de dois ou mais pontos de vista.

A última forma de lidar com a preocupação sobre a "injustiça" consiste em discutir a equidade como uma abstracção. A rigor, não existe nenhuma entidade

concreta chamada equidade. Ela é um constructo hipotético, uma abstracção. Equidade e não equidade são termos genéricos que ninguém sabe definir, mas que, ainda assim, podem causar grande irritação e infelicidade. O terapeuta pode dizer a seus pacientes que encarar o mundo em tais termos vagos e abstractos limita suas percepções e, portanto, é muitas vezes contraproducente. Melhor seria que a pessoa formasse um juízo pragmático sobre aquilo que deseja e sobre as medidas que se fariam necessárias para obtê-lo. Quando o objectivo se afigura atingível e vale o esforço, o indivíduo tem melhores chances de alcançá-lo se não estiver imerso em preocupações acerca de ser tratado com equidade.

A actuação dos "devos" ficou prontamente evidente no comportamento de outra paciente, que acreditava que, se se sacrificasse por outras pessoas (colegas de trabalho, marido e filhos), elas a amariam, O terapeuta sentiu que ela se estava iludindo com essa regra, Deu-lhe a seguinte tarefa para casa: ela deveria observar e registrar, por uma semana, as reacções dos demais a seus comportamentos de sacrifício pessoal, ou seja, deveria seguir os ditames dos "devos" e observar os resultados.

A paciente constatou que as consequências reais de seu comportamento de sacrifício pessoal diferiam gradeamento de suas expectativas. Ao invés de apreciá-la, as pessoas frequentemente a ignoravam. Decidiu que deveria transformar sua filosofia, de "Os humildes herdarão a terra" para "Os humildes herdarão o lixo". O terapeuta assinalou que essa reviravolta representava também uma forma extremada de encarar o mundo. Frisou que o comportamento tem um conjunto de consequências - algumas desejáveis, outras, não - e que muitas delas não são antecipáveis. Sugeriu que eles trabalhassem numa série de instruções flexíveis, que permitissem à paciente desfrutar de relacionamentos compensadores, sem subordinar automaticamente seus próprios interesses.

AS SUPOSIÇÕES COMO PROFECIAS AUTOCONSUMATÓRIAS

Muitas, ou talvez a maioria, das pressuposições depressogénicas são auto-consumatórias. Se o paciente acredita que será infeliz se não obtiver reconhecimento, provavelmente será infeliz se esse lhe for negado. Ao prever

as consequências, ele as promove. A terapia pode ajudar o paciente a modificar esse tipo de crença, demonstrando de que modo ela se transforma numa profecia que se auto-realiza, constituindo-se numa armadilha que apanha o crente precisamente nas circunstâncias que a crença se destinaria a ajudá-lo a evitar. O recorte de sessão a seguir ilustra como o terapeuta esclarece as pressuposições auto-realizadoras.

PACIENTE: Não ser amado conduz automaticamente à infelicidade.
TERAPEUTA: Não ser amado é um "não acontecimento". Como pode um não

acontecimento conduzir automaticamente a alguma coisa?

TABELA 1
Erros cognitivos derivados de pressuposições

Erro cognitivo: 1. Hipergeneralização
Pressuposição: Se é verdadeiro num caso, aplica-se a qualquer caso, ainda que apenas ligeiramente semelhante.
Intervenção: Expor a lógica falha. Estabelecer critérios sobre quais casos são "semelhantes" e até que ponto.

Erro cognitivo: 2. Abstracção selectiva
Pressuposição: Os únicos factos que têm importância são os fracassos, privações, etc. Avalia-se o self pelos erros, fraquezas etc.
Intervenção: Empregar "diário" para identificar os sucessos dos quais o paciente se esqueceu.

Erro cognitivo: 3. Responsabilidade excessiva (Pressuposição de Causalidade Pessoal)
Pressuposição: Sou responsável por todas as coisas ruins, fracasso etc.
Intervenção: Técnica de des-atribuição.

Erro cognitivo: 4. Pressuposição de Causalidade Temporal (Prever sem provas suficientes)
Pressuposição: Se foi verdadeiro no passado, será sempre verdadeiro.
Intervenção: Expor a lógica falha. Especificar factores que poderiam influir no resultado, à parte os factos passados.

Erro cognitivo: 5. Auto-referências
Pressuposição: Sou o centro das atenções de todos – particularmente meus desempenhos precários. Sou a causa dos infortúnios.
Intervenção: Estabelecer critérios para determinar quando o paciente é o foco da atenção e também os factos prováveis que causam as más experiências.

Erro cognitivo: 6. "Catastrofização"
Pressuposição: Pense sempre no pior. É o que mais provavelmente lhe acontecerá.
Intervenção: Calcular as probabilidades reais. Focalizar as provas de que o pior não aconteceu.

Erro cognitivo: Pensamento dicotómico
Pressuposição: Tudo está ou num extremo, ou no outro (preto ou branco; bom ou mau).
Intervenção: Demonstrar que os acontecimentos podem ser avaliados num continuum.

P: Simplesmente não acredito que alguém pudesse ser feliz sem ser amado.
T: Essa é sua crença. Se você acredita em algo, essa crença ditará suas reacções emocionais.
P: Não compreendo.
T: Se você acreditar em alguma coisa, irá agir e sentir-se como se aquilo fosse verdade, quer seja ou não.
P: Você quer dizer que, se eu acreditar que serei infeliz sem amor, simplesmente minha crença estará causando essa infelicidade?
T: E quando você se sentir infeliz, provavelmente dirá a si mesmo, "Está vendo? Eu tinha razão. Se eu não tiver amor, estou fadado a ser infeliz."
P: E como posso sair dessa armadilha?
T: Você pode fazer experiências com sua crença sobre ler que ser amado. Force-se a suspender essa crença e veja o que acontece. Preste atenção às consequências naturais de não ser amado e não às consequências criadas por sua crença. Por exemplo, você consegue imaginar-se numa ilha tropical, com todas as frutas deliciosas e as outras iguarias disponíveis?
P: Posso, isso parece-me muito bom.
T: Agora, imagine que há pessoas primitivas na ilha. São amistosas e prestativas, mas não amam você. Nenhum delas o ama.
P: Posso imaginar isso.
T: Como se sente em sua fantasia?
P: Relaxado e confortável.
T: Portanto, você pode ver que não é necessariamente verdadeiro que, se não for amado, você será infeliz.

PRESSUPOSIÇÕES SUBJACENTES AOS ERROS COGNITIVOS

Os erros cognitivos dos pacientes se originam em algum tipo de pressuposição. Por exemplo, a distorção cognitiva rotulada como "hipergeneralização" (Beck, 1963) baseia-se na pressuposição de que, se algo for verdadeiro num determinado caso, será verdadeiro em todos os casos semelhantes. Essas pressuposições hipergeneralizadoras podem ser modificadas, da mesma forma que outras pressuposições. A Tabela 1 configura pressuposições implícitas nos erros cognitivos e sugestões para a intervenção terapêutica.

RELACIONAR VANTAGENS x DESVANTAGENS DAS PRESSUPOSIÇÕES DISFUNCIONAIS

Por vezes, o paciente se mostrará hesitante em desfazer-se das pressuposições autoderrotistas, devido à crença de que algo importante será perdido. Embora possa

perceber as vantagens de modificar a crença, as desvan-

tagens parecem maiores ao paciente. Muitas pessoas deprimidas estruturam seu mundo como uma armadilha onde não é possível vencer, com desvantagens nos dois lados das questões, pesando mais que quaisquer vantagens possíveis.

O procedimento padrão, como nas outras situações de ganho impossível, consiste em levar o paciente a relacionar as vantagens e desvantagens de uma dada pressuposição, corrigindo as distorções (se existirem) nas listagens.

Damos a seguir um exemplo de como esse procedimento foi empregado para modificar uma suposição básica de uma paciente, segundo a qual, para ser feliz, ela deveria ser perfeita: "Jamais cometa um erro ou demonstre uma falha."

Ela relacionou as seguintes vantagens de desistir dessa crença:

a. Sem essa crença, eu poderia fazer uma série de coisas que venho evitando - como aprender a dirigir automóveis.

b. Se eu fosse mais aberta, teria mais amigos.

c. Não me sentiria tão ansiosa a respeito de cometer erros, nem tão deprimida por haver, de facto, cometido algum.

d. Seria capaz de aceitar a realidade de que não sou uma pessoa perfeita.

Relacionou as seguintes desvantagens de modificar essa crença:

a. Pude sair-me excepcionalmente bem na escola e em meu trabalho.

b. O que faço, faço bem feito.

c. Por evitar diversas coisas, evitei um bocado de dificuldades e problemas.

Em seguida, o terapeuta discutiu com ela essas desvantagens:

TERAPEUTA: Essa crença pode tê-la ajudado em seu emprego actual, mas, e quanto a sua carreira a longo prazo?

PACIENTE: Na verdade, isso tem-me contido. Sinto que tenho qualificações em demasia para essa posição. Se tivesse mais coragem, trabalharia para uma empresa maior, num cargo que envolvesse maiores desafios.

T: O horror a cometer erros frequentemente bloqueia as pessoas de assumirem riscos. Que tal essa crença: "O que você faz, deve fazer bem feito"?

P: É verdade. Obtenho as avaliações mais elevadas no trabalho.

T: E existe algum aspecto em que o ganho se mostre diminuído?

P: Sim. Eu lhe disse, levo trabalho para casa todas as noites e vou ao escritório nos fins-de-semana. Faço muito mais do que é exigido ou esperado de mim.

T: Às vezes é uma boa ideia virar as crenças de cabeça para baixo e ver se elas fazem mais sentido. Por exemplo, seria razoável pensar "Tenho que ser imperfeita" do que "Tenho que ser perfeita"?

P: Você quer dizer que qualquer coisa que valha a pena fazer merece ser mal feita?

258
T: Deixe-me perguntar-lhe: se aprender a esquiar ou aprender a fazer amigos é algo que valia a pena, valerá a pena fazer isso mal feito?
P: Acho que seria melhor que não fazê-lo de nenhum modo.
T: além disso, seus hábitos de trabalho são agora coerentes e razoáveis. O simples facto de suavizar as exigências que faz a si mesma não significa que seu trabalho passará a ser de segunda. Seus hábitos permanecerão.
P: E quanto à ideia de que evito dificuldades?
T: Quando você evita um problema, frequentemente cria outros. A saúde mental inclui uma parcela significativa de correr riscos. Existe alguma forma pela qual você possa evitar todos os problemas?
P: Não.

A técnica de arrolar as vantagens e desvantagens de ater-se a uma dada pressuposição pode parecer excessivamente simples. Entretanto, provou ser um dos procedimentos mais eficazes na modificação, a longo prazo da maneira pela qual um indivíduo lida com seus problemas. Visto que o paciente deprimido raciocina de modo fechado e limitado, esse procedimento geralmente expande as fronteiras de seu pensamento e faculta-lhe experimentar novas abordagens.

O PAPEL DA ACÇÃO DA MUDANÇA DAS PRESSUPOSIÇÕES

O paciente é estimulado a desafiar activamente suas pressuposições fundamentais em suas experiências cotidianas ordinárias. Ele o faz (a) rastreando seus pensamentos automáticos até o nível da pressuposição, que é consecutivamente desafiada, e (b) agindo contra essa pressuposição.

Agir contra uma pressuposição é a maneira mais poderosa de modificá-la. A acção está ligada à pressuposição do paciente. Ao paciente que teme cometer erros, o terapeuta sugere que busque situações nas quais haja uma alta probabilidade de cometer erros. Propõe ao paciente que se sente compelido a estar com terceiros a forçar-se a permanecer sozinho. O paciente que atribui o mais alto valor à aceitação é instado a ir a lugares onde a probabilidade de ser aceito seja íntima. O paciente que teme bancar o tolo é solicitado a fazer algo bizarro. Em geral, descobre que esse comportamento não é extravagante aos olhos dos outros. Um paciente, por exemplo, teve de forçar-se a comparecer à sua primeira festa a fantasia. Estava preocupado com a possibilidade de parecer tolo em seu traje "esquisito". Para sua surpresa, apenas algumas pessoas na festa teceram comentários, de passagem, sobre sua roupa.

Com respeito à modificação de crenças, escrevem Ellis e Harper (1975):

259
Exige mais do que falar consigo mesmo. Em última análise, seria muitas vezes melhor

que alguém literalmente se compelisse, se propelisse, se empurrasse para a acção. Frequentemente, é possível fazer-se – empreender actos de coragem específicos: desafiar um empregador no escritório dele, convidar uma pessoa muito atraente para dançar, levar a um editor uma ideia para um livro. E continuar a compelir-se à acção por tempo bastante e com frequência suficiente para que a acção se mostre cada vez mais fácil, e até mesmo agradável. (p. 95)

Os pacientes se revelam extremamente relutantes em agir contra essas crenças. O terapeuta tem que motivá-los para que o façam. Tais pacientes podem agir contra essas crenças de maneira gradual, ou ir directo ao ponto. Qualquer que seja o caso, é provável que experimentem mal-estar ao tentarem romper "normas" de há muito estabelecidas.

O diálogo que se segue ilustra uma forma pela qual essa ideia foi exposta a uma paciente:

TERAPEUTA: Você poderia estabelecer para si mesma o objectivo de fazer uma coisa por dia que vá de encontro à busca da aprovação de terceiros?
PACIENTE: Digo a mim mesma para agir dessa maneira, mas não funciona.
T: Você tem que forçar-se. Diga a si mesma, "Se eu morrer, morri, mas vou fazê-lo".
P: Fico realmente ansiosa.
T: É porque você agiu com base nessa crença por tanto tempo que ela se tornou parte de seu sistema total – sua mente, suas emoções e seu corpo. A ansiedade não irá matá-la. A ansiedade é como os músculos enfraquecidos: se você ficar com ela e exercitar um aumento de sua tolerância, ela se enrijecerá sob a forma de coragem.
P: Tenho dificuldade em perceber essas situações na hora em que ocorrem. Depois me dou conta de que poderia ter agido de maneira diferente.
T: Nessas situações você tem que estar à procura de uma voz que sussurra "Esta não é a hora certa", ou "Existe essa ou aquela razão para não fazê-lo". Essas desculpas mutilarão seus esforços. Você precisa ignorar essa voz e forçar-se a ir em frente. Também deve ter em mente que, como essa não é sua maneira normal de agir, você se sentirá estranha. Se continuar com isso por tempo suficiente, no entanto, os sentimentos de estranheza e de estar representando desaparecerão.

A paciente pôs em prática essa sugestão - primeiro no trabalho e, mais tarde, com sua família. E descobriu (como previra o terapeuta) que ela se tornava progressivamente mais fácil de executar.

USANDO O PACIENTE PARA FORNECER CONTRA-ARGUMENTOS

Os pacientes são uma fonte rica de informações que podem ser usadas para questionar suas pressuposições. O questionário dirigido, por parte do terapeuta, é uma das

maneiras pelas quais essas informações podem ser obtidas. Seguem-se dois exemplos nos quais as perguntas do terapeuta extraíram informações que auxiliaram a modificar a crença do paciente:

PACIENTE: Acho que qualquer pessoa que não esteja preocupada com a opinião alheia seria socialmente atrasada e funcionaria num nível bastante baixo.
TERAPEUTA: Quais são as duas pessoas que você mais admira? (O terapeuta sabia a resposta, em vista de uma conversa anterior.)
P: Meu melhor amigo e meu chefe.
T: Eles se mostram hiperpreocupados com as opiniões alheias?
P: Não, não acho que qualquer um deles se importe em absoluto com o que os outros pensam.
T: Eles são socialmente atrasados e ineficientes?
P: Percebo aonde você quer chegar. Ambos têm boas aptidões sociais e operam em níveis elevados.

Na situação seguinte, o impacto do insight foi maior porque o paciente gerou a informação:

P: A única maneira de eu ser feliz algum dia seria eu conseguir ser um grande escritor.
T: Que nível de qualidade literária você teria que atingir?
P: Teria que ser tão bom quanto (o paciente citou o nome de uma poetisa). T: Essa poetisa alcançou uma grande felicidade?
P: Não, acho que não. Ela se matou.

ATACANDO AS PRESSUPOSIÇÕES ACERCA DO VALOR PESSOAL

Muitos pacientes tendentes à depressão acreditam que os determinantes de seu valor existem fora deles. A felicidade e a infelicidade do paciente são contingentes a factores externos - por exemplo, a aprovação de outrem ou a maneira como o avaliam.

O terapeuta pode discutir com o paciente as consequências dessas fórmulas em termos de auto-aceitação. Observando a imagem de si mesmo através dos olhos de outrem, o paciente se coloca numa posição inferior. Uma das posições mais vulneráveis envolve o paciente que acredita ter que

ser amado para ser feliz. Ele crê que os sentimentos de auto-aceitação e valor pessoal só possam ser obtidos indirectamente, - através do amor do outro. Nesses casos, o terapeuta pode indagar se o paciente já foi feliz algum dia, sem que estivesse numa relação amorosa. Na maioria dos casos, houve alguma época em que o paciente se sentiu feliz sozinho.

O terapeuta pode também indagar o que torna o paciente feliz em seu dia-a-dia.

A programação de actividades pode ser útil para descobrir as actividades nas quais ele se compraz sozinho. O terapeuta pode igualmente assinalar que a felicidade varia de hora para hora, não sendo uma condição estável.

É possível discutir com o paciente as pessoas que ele sabe serem casadas, que parecem estar amando e que, ainda assim, não são felizes. A maioria dos pacientes concordará em que o amor pode trazer tristeza, assim comoprazer. O mito romântico de que o amor soluciona todos os problemas é passível de discussão.

A ideia da auto-aceitação baseada em factores extrínsecos (ao invés de intrínsecos) fica evidente, de imediato, no paciente que acredita ter sido rejeitado. Eis uma das maneiras pelas quais o terapeuta pode elaborar esse problema:

PACIENTE: Qualquer um ficaria deprimido se fosse rebaixado por alguém a quem amasse.
TERAPEUTA: Ninguém pode ser rebaixado, a menos que esteja pedindo a alguém para mantê-lo de pé. A dependência de outra pessoa para obter aprovação é uma forma de tentar aceitar a si mesmo através dos olhos de outrem. "Se aquela pessoa me amar, sou maravilhoso, se não me amar, não valho nada." Desde que seja auto-suficiente e aceite a si próprio, ninguém ficará deprimido se alguém decidir não ficar em sua companhia.
P: Mas ela me rejeitou.
T: Ninguém pode rejeitar você totalmente. A pessoa pode simplesmente optar por ver você ou não.
P: Se não houvesse algo errado comigo, ela estaria comigo.
T: É uma escolha valorativa. Uma pessoa pode gostar de Cadillacs, enquanto outra prefere Volkswagens. É uma questão de gosto. Uns gostam de música clássica, outros, não. Não tem, necessariamente, nada a ver com sua personalidade.
P: Eu ainda acho que foi alguma coisa que fiz.
T: Essa é uma possibilidade… Existem várias outras maneiras de encarar essa experiência. Por exemplo, (a) "Lamento por ela, está tendo que passar sem mim", (b) "Bem, outra pessoa aparecerá", (c) "Isso é para o melhor", ou (d) não pensar de modo algum no assunto.

O conceito de valor pessoal pode ser discutido com o paciente, Ellis e Harper (1975) escreveram extensamente sobre essa conceituação. Os

escritos de Ellis sobre o valor pessoal podem ser indicados enquanto atribuição de tarefas para casa e suas ideias usadas para discutir o conceito.

Há pelo menos três abordagens directas da estimativa do valor pessoal. Uma consiste em balancear os aspectos positivos e os aspectos negativos de um indivíduo. A segunda consiste em avaliar-se como "bom", simplesmente por se estar vivo. E a

terceira é não se incomodar com essas generalizações, pois o conceito de valor é um constructo hipotético não mensurável pode-se atribuir graus a comportamentos, mas não a seres humanos.

Quando deprimidas, muitas pessoas começam a fazer inventários. Dadas as distorções intrínsecas da depressão, essa não é uma boa época para isso, mas é, antes, a ocasião para concentrar-se no agir e no fazer. Conquanto a automonitoração frequentemente ajude os pacientes deprimidos, a auto-avaliação geralmente os leva a sentirem-se pior. O terapeuta pode usar um exemplo para esclarecer esse conceito:

Quando alguém diz, "O Dr. Fulano é bom", que significa essa frase? Significa que ele é bom em todos os campos como médico, ou em áreas especializadas? Significa que ele é um bom clínico? Que é bom com os pacientes? Bom em pesquisas? Bom nas situações de emergências? Ou significa que ele é um bom marido, pai, vizinho, membro da igreja e jogador de bridge?

É possível medir traços ou comportamentos, se se quiser ter esse trabalho, mas medir o valor é impossível e conduz, frequentemente, a problemas. Não há maneira de medir - e menos ainda, de provar - o valor ou a falta dele.

Basear o valor próprio em critérios externos muitas vezes conduz a comparações autoderrotistas. Quase sempre existe alguém mais bem dotado do factor particular que está sendo avaliado (dinheiro, status, amor, beleza). O estudante de nível médio que não acompanha o curso universitário compara-se desfavoravelmente com o diplomado em pós-graduação. O director de um departamento de Física se compara desfavoravelmente a um Prémio Nobel. Os terapeutas podem assinalar como é contraproducente efectuar essas comparações.

Visto que os critérios de valor pessoal são vagos e mal definidos, o paciente jamais fica satisfeito. Os prazeres do momento são ultrapassados, em favor da busca. Eis como um terapeuta assinalou de que maneira a pressuposição do paciente acerca do valor pessoal levava à insaciabilidade:

O paciente acreditava que precisasse estar por cima (ganhando muito dinheiro) para ser feliz.

TERAPEUTA: De quanto dinheiro você precisaria para se sentir feliz?
PACIENTE: Não sei, mais do que tenho agora.
T: Em época anterior da sua vida, você pensou que seria feliz, se tivesse tanto quanto tem agora?

P: Sim, provavelmente.
T: sucesso, realizações e dinheiro são todos intermináveis. Não é como pintar uma parede ou fazer uma mesa. Não existe um ponto final.
P: Mas acredito que, se pudesse conseguir o volume de dinheiro de que preciso, eu me

contentaria.
T: Essa é uma necessidade real? Se você acreditar que precisa de algo de que, realmente, não precisa, jamais conseguirá ter uma quantidade suficiente. Não se pode conseguir o bastante de algo de que não se precisa, mas se acredita precisar.

EXPONDO A ARBITRARIEDADE DAS PRESSUPOSIÇÕES

Muitas vezes, o paciente não se dá conta de que as normas internas que o orientam são arbitrárias. O terapeuta pode ajudá-lo a modificar essas regras, assinalando e discutindo sua arbitrariedade. Os pacientes amiúde concordam em que a crença é arbitrária, mas continuam a comportar-se como se se tratasse de uma verdade absoluta. Por essa razão, o terapeuta precisa ilustrar, de várias maneiras, que essas normas pessoais não são leis universais.

O terapeuta pode discutir a diferença entre crenças e factos. Muitos são os pacientes que os confundem. Pode também dizer ao paciente que o dogmatismo limita a visão: o indivíduo exclui da percepção e da consideração os factos que contradizem sua crença. Visto que a crença engloba apenas uma parcela limitada de verdade, ela exclui mais do que inclui. O terapeuta pode citar a observação feita por Bertrand Russell segundo a qual o grau de certeza com o qual um indivíduo mantém uma crença se relaciona inversamente com a verdade daquela crença. Os fanáticos são verdadeiros crentes, enquanto que os cientistas são cépticos.

A arbitrariedade dessas pressuposições se evidencia prontamente quando elas dizem respeito à felicidade. Muitos pacientes acreditam que, se tiverem X (perfeição, beleza, fama), serão felizes. Essa fórmula contém uma quantidade de falsas ideias sobre a felicidade, que podem ser discutidas. As regras levam ao erro "ou/ou". Ao invés de perceber a felicidade como um continuum, o paciente crê que, ou se é feliz, ou se é infeliz. As normas implicam que a felicidade seja um estado estático e durável, e não dinâmico e transitório. Implicam que a felicidade seja um estado puro, e não uma condição que varia em graus, incluindo um certo volume de desprazer (é possível, por exemplo, ficar-se feliz na praia mas há também a areia e o tráfego para enfrentar).

Essas regras afirmam que a felicidade é uma consequência do valor, mais que o produto secundário de alguma actividade prazerosa. Esse último erro pode levar a um raciocínio circular, que alonga a espiral da depressão;

por exemplo, "Se eu tiver valor, serei feliz. Não sou feliz, logo, não devo ter valor. Não tenho valor, portanto, não posso ser feliz".

O terapeuta pode dizer ao paciente que um aspecto positivo sobre a arbitrariedade dessas normas é que elas podem ser facilmente modificadas e alteradas.

UTILIDADE DAS PRESSUPOSIÇÕES A LONGO E A CURTO PRAZOS

O terapeuta pode solicitar ao paciente que examine a eficácia de suas pressuposições a longo prazo. Isso é particularmente importante quando a pressuposição disfuncional parece, no momento, estar operando a favor do indivíduo. Exemplificando, muitos dos que acreditam precisar da aprovação de todos mostram-se extremamente felizes quando pensam ter essa aprovação, Outros, que acreditam que seu valor dependa de seu desempenho, ficam muitas vezes exultantes quando se desempenham bem. O trabalho do terapeuta consiste em ajudar o paciente a perceber os efeitos a longo prazo de funcionar de acordo com essas normas.

Fornecemos abaixo um recorte de sessão com um corretor de seguros de 50 anos que, em determinada época, fora um apresentador local de renome. Àquela altura da terapia, mostrava-se assintomático e saía-se bem em seu trabalho, Ainda acreditava, entretanto, que tinha que desempenhar sua actividade com perfeição e merecer a aprovação de todos para ser uma pessoa de valor.

TERAPEUTA: Fico satisfeito de que você se esteja saindo bem o vendendo muitos seguros, mas isso não o torna uma pessoa maravilhosa.
PACIENTE: O que você quer dizer? Por que não?
T: Pela mesma razão que você não era sem valor quando as pessoas não estavam comprando seus seguros. Por que não era?
P: Se as pessoas não compram meus seguros, não estão rejeitando a min, mas ao seguro. E minha capacidade para vendas não sou eu, mas apenas um de meus traços.
T: Certo. Não existe uma forma consensual de avaliarmos a nós mesmos. Podemos apenas avaliar nossos traços. E equipar nossos traços, tais como a habilidade para vendas, à nossa totalidade como pessoas é uma hipergeneralização grosseira, com probabilidade de gerar problemas.
P: Você está dizendo que devo ignorar quando me saio bem e não me sentir feliz?
T: Não. Se você está apresentando bom desempenho numa área, é adequado sentir-se bem e avaliar realisticamente esse desempenho, para continuar a sair-se bem. E quando não estiver com bom desempenho, também é boa ideia avaliar isso realisticamente, para poder melhorar. Mas, em ambos os

casos, o desempenho nada tem a ver com seu valor, que não pode ser medido ou estimado.
P: Você quer dizer que, se eu me considerar um grande sujeito quando me saio bem, é provável que me considere sem nenhum valor quando não me sair bem?
T: Sim. É como nem você, nem qualquer outra pessoa, são perfeitos, haverá ocasiões em que você não terá um desempenho perfeito… Outra maneira de encarar isso é: "Tenho (ou estou desenvolvendo) uma habilidade para vendas. Essa habilidade me traz trazer quando efectuo uma venda. Possuí-la não me torna uma pessoa maravilhosa. Da mesma forma, se eu não tiver essa habilidade ou se, por alguma

razão, ela não estiver trazendo resultados, isso não significa que sou terrível ou que sou um fracasso. O pior que pode significar é que talvez eu não tenha essa habilidade específica." Para ser feliz, faça as coisas nas quais sente prazer – via de regra, são as coisas nas quais você é bom.

Temos observado que os pacientes que continuam a desbastar suas pressuposições disfuncionais tornam-se menos propensos à depressão. Entretanto, a motivação para mudar se mostra fraca enquanto as fórmulas estão funcionando, isto é, quando avaliar-se como maravilhoso conduz à euforia ou quando evitar as situações desagradáveis alivia a ansiedade. Assim, torna-se necessário ao paciente reconhecer o dano a longo prazo causado por essas pressuposições.

capítulo 13

INTEGRAÇÃO DO TRABALHO DE CASA NA TERAPIA

Diversos autores enfatizaram a importância das tarefas para casa na psicoterapia eficaz (Ellis, 1962; Beck, 1976; Shelton e Ackerman, 1974). Dado que tornam a psicoterapia mais concreta e específica, aumentam a comunicação entre paciente e terapeuta. A consecução sistemática do trabalho de casa parece importante para assegurar que a melhora do paciente seja mantida após o término do tratamento. Modificações mais duradouras são conseguidas com maior facilidade quando o paciente se engaja activamente em experiências fora do consultório. Além disso, é provável que continue a empregar as técnicas e habilidades anteriormente adquiridas na terapia.

As tarefas para casa relacionam-se directamente a diferentes aspectos da terapia cognitiva. Sendo assim, alguns pontos discutidos neste capítulo já terão sido mencionados em capítulos anteriores.

Na terapia cognitiva, o trabalho de casa é um veículo significativo do qual podem ser obtidos dados que refutam muitos pensamentos e crenças negativos. Ademais, as informações trazidas pelo trabalho de casa deslocam o foco da terapia das conceituações subjectivas e abstractas para relatos mais subjectivos, realistas e detalhados. Esse procedimento permite ao terapeuta e ao paciente reverem, numa olhadela, as actividades da semana anterior, ajudando ainda o terapeuta a associar a sessão a tarefas específicas, evitando assim os temas colaterais.

FORNECENDO A LÓGICA DO TRABALHO DE CASA

O paciente e encorajado a perceber o trabalho para casa como um comportamento essencial e vital do tratamento. O trabalho de casa não é

apenas um procedimento electivo e acessório. Em geral, o terapeuta dispende tempo para expor a lógica de cada atribuição. A impotência de desempenhar cada tarefa é frequentemente sublinhada ao longo doo tratamento. Observamos que os pacientes têm maior probabilidade de completar uma tarefa quando compreendem as razões de cada atribuição e quando lhes é dada a oportunidade de manifestarem suas objecções a sua execução.

O trabalho de casa serve para reforçar e suplementar os aspectos educacionais da terapia cognitiva. Os educadores observaram, de há muito, que o trabalho de casa reforça o processo de aprendizagem. Na terapia cognitiva, os pacientes aprendem maneiras mais realistas e eficazes de pensar e agir. Aqueles que executam sistematicamente suas tarefas de casa parecem extrair maiores benefícios da terapia, comparados aos que negligenciam suas atribuições. Um estudo recente (Maultsby, 1971b) observou que a diligência no cumprimento das tarefas para casa constituía um factor significativo no sucesso da psicoterapia com pacientes externos. O terapeuta poderia falar a seu paciente sobre esse estudo, a fim de reforçar sua motivação.

Cabe ao terapeuta investigar a atitude do paciente quanto ao trabalho de casa, visto ser importante que o paciente o perceba como algo que atende a um propósito útil. Ele expõe as razões pelas quais cada tarefa de casa deve ser executada e fornece instruções específicas para sua consecução. Terapeuta e paciente formulam em conjunto as tarefas para casa. Essa estratégia faculta ao terapeuta moldar o trabalho de casa à situação individual do paciente. A abordagem em equipe converte o trabalho de casa num acordo não escrito e a terapia evita os conflitos de poder entre o terapeuta e o paciente. Este deve perceber que tem um papel importante na formulação das tarefas de casa, ou, no mínimo, que foi consultado.

Sempre que possível, o terapeuta expõe a lógica científica e terapêutica do trabalho de casa. Por exemplo, pode-se dizer aos pacientes que a terapia cognitiva, como a ciência, se ocupa de transformar mistérios em problemas, pois estes, diversamente dos mistérios, destinam-se ser resolvidos. Os passos para o solucionan1ento de problemas são explicitados ao paciente: (1) especificar o problema; (2) identificar uma hipótese quanto a sua causa (a isso o terapeuta poderia querer chamar de "pista" ou "ideia"); (3) elaborar um teste para a hipótese; (4) avaliar os resultados do teste e (5) aceitar, rejeitar ou modificar a hipótese, para que responda pelos resultados do teste.

É importante formular a hipótese em termos operacionais (de modo concreto, que possa ser empiricamente testado). Por exemplo, um vendedor poderia esquivar-se a dar telefonemas por acreditar-se "inepto". A comprovação que oferece para essa crença consiste numa série de incidentes do passado, que relembra e conceitua em termos de "não ter sido capaz de falar com os fregueses e, assim, perdi as vendas". Essa crença (hipótese)

pode ser operacionalizada concretamente de várias formas diferentes. Uma vez que a crença ("Sou inepto") seja operacionalizada ("Vou fracassar na tentativa de dar telefonemas"), pode ser testada. Por exemplo, ele pode ser solicitado a dar três telefonemas a fregueses potenciais e registrar sua estimativa subjectiva de seu sentimento de mestria, a cada telefonema. É essencial que tanto o paciente quanto o terapeuta concordem, a priori, quanto aos critérios empregados para avaliar o experimento. Em geral, os critérios comportamentais são os melhores. Após a consecução da tarefa, paciente e terapeuta procurariam identificar aspectos específicos de cada telefonema, os quais fossem interpretados pelo paciente como provas de sucesso ou fracasso (por exemplo, se o freguês pareceu revelar interesse, prometeu vir à loja etc.). Finalmente, ambos decidem se a hipótese deve ser aceita, rejeitada ou modificada.

Um grau elevado de concordância com o trabalho de casa pode ser conseguido se o terapeuta apresentar a tarefa como um experimento. Ao invés de dizer "Isso vai funcionar com você", pode perguntar "Por que não experimentar", ou "O que você tem a perder e a ganhar? ", ou ainda "Vamos ver se conseguimos elaborar uma forma de verificar esses pensamentos". Um diálogo entre terapeuta e paciente poderia transcorrer como abaixo:

TERAPEUTA: Gostaria que você marcasse, no contador de pulso, o número de vezes que diz a si mesmo "eu deveria", durante essa semana. Que acha da ideia?
PACIENTE: Soa meio tola para mim. Por que iria eu fazer isso?
T: Descobrimos que a contagem dos pensamentos automáticos negativos dá às pessoas maior consciência deles e, portanto, torna mais fácil responder a eles. Ademais, o simples contar tende a diminuir sua influência. (O terapeuta também poderia dizer: "Registar ajuda a colocar uma distância entre você e seus pensamentos, dando-lhe feedback e avaliações na modificação dos pensamentos.")
P: Não creio que isso vá funcionar comigo.
T: Fico satisfeito que você me questione. Isso mostra que está usando seus poderes de raciocínio. Não há razão por que você deva acreditar automaticamente em alguma coisa, simplesmente porque sou eu a dizê-la. Não tenho certeza de que isso irá funcionar no seu caso, mas tenho uma suspeita – ou uma hipótese, para usar o termo científico – de que funcionará. Gostaria de testar essa hipótese.
P: O que você quer dizer com "testar sua hipótese"?
T: Tenho uma hipótese de que isso o ajudará, enquanto você tem uma hipótese de que não vai funcionar. Não estou certo de quem tem razão. Você está?
P: Não, não estou.
T: Sugiro que façamos uma experiência por semana, para colher alguns dados e ver qual dos pontos de vista se ajusta melhor aos factos. Que tal isso lhe parece?

É muitas vezes útil ao terapeuta empregar uma analogia que se preste àquele paciente

em particular. Por exemplo, se o paciente se interessa por esportes, o terapeuta poderia assemelhar-se a um treinador que ajuda alguém a desenvolver e aprimorar novas técnicas. O trabalho de casa é apresentado como a prática que se impõe para melhorar o desempenho. Quando possível, uma analogia elaborada pelo próprio paciente é mais eficaz. Uma professora que vinha recebendo terapia cognitiva comparou as tarefas de casa às sugestões que recebia nas reuniões de equipe e, fazer o trabalho de casa, a implementar as sugestões.

A PRESCRIÇÃO DE TRABALHOS PARA CASA

Cada trabalho de casa é ajustado ao paciente individual. As tarefas mais simples são preferidas para os pacientes mais deprimidos. É importante que o paciente vivencie cada tarefa como um sucesso relativo. Sempre que possível, o terapeuta deve procurar antever os problemas na execução do trabalho de casa. Por exemplo, se a tarefa compreender actividades ao ar livre num fim-de-semana, convém programar actividades alternativas, para a eventualidade de mau tempo.

O terapeuta deve ser tão claro e especifico quanto possível ao prescrever a tarefa, é melhor dizer "Tome nota por escrito de 10 a 20 pensamentos automáticos negativos" que "Traga alguns pensamentos". Muitas vezes, é útil fazer com que o paciente repita a prescrição da tarefa com suas próprias palavras e descreva quaisquer dificuldades que possa prever. Alguns pacientes podem ser induzidos a imaginar que empreendem a tarefa no consultório, de tal modo que os problemas que poderiam prever são identificados, lidando-se com eles através do planejamento cuidadoso.

Seguindo a sugestão de Shelton e Ackerman (1974), redigimos o trabalho de casa em papel NCR, para que tanto o terapeuta quanto o paciente recebam uma cópia, Também seguimos a sugestão deles no sentido de que o terapeuta se atribua uma tarefa para casa, assim ampliando os valores cooperativos da terapia. O trabalho de casa do terapeuta pode incluir proceder à revisão de técnicas, reler um trecho de um manual, trazer algo a ser graciosamente fornecido aos pacientes, revisar notas e ouvir a gravação de uma sessão.

Eis um exemplo de modelo adaptado a partir de Shelton e Ackerman:

DATA: 27/03/77

Trabalho de Casa para o Terapeuta:

1. Ouvir gravação da sessão.
2. Trazer folheto sobre "Vergonha" para o paciente.

Trabalho de Casa para Jim:

1. Registar no contador o número de " deveria" ditos a si próprios. Anotar o total diário em gráfico. (Cláusulas: (a) estar atento para a conclusão de "incurável", caso o pensamento continue após a contagem; b) estar atento à tendência ao auto-

enculpamento por ter muitos pensamentos do tipo "deveria" (c) estar atento à tendência a interpretar um aumento do número como "Estou piorando".)

2. Trazer gráficos e programação da próxima sessão.

PRÓXIMA SESSÃO: SEXTA-FEIRA, 13 DE MARÇO, 15H30MIN.

O interesse do terapeuta nos trabalhos de casa tende a influenciar a consecução de tarefas futuras. Cada trabalho de casa deve ser revisto ao início de cada sessão, Novas tarefas de casa devem ser atribuídas na parte final de cada sessão. Ao rever cada atribuição, o terapeuta reforça o paciente socialmente por completar a tarefa. Acresce-se que essa revisão traz uma oportunidade de estabelecer se as instruções do trabalho de casa foram claras.

É importante examinar os pensamentos (cognições) gerados pelo próprio trabalho de casa, Por exemplo, o paciente o considera simples demais, excessivamente difícil, ou pensa nele como tarefa trabalhosa? Embora o terapeuta possa considerar o trabalho de casa familiar ou simples, o paciente pode vivenciá-lo como algo estranho, complexo, excessivamente exigente ou maçante.

O terapeuta deve estar alerta para identificar e corrigir a conclusão do paciente de que representa um fracasso tentar, mas não concluir um trabalho de casa. Pelo contrário, qualquer tentativa no sentido de uma nova tarefa é um sucesso em si mesma. Os dados relatados pelos pacientes sobre as tarefas inacabadas mostram-se frequentemente úteis como uma tarefa concluída, Sempre que o paciente não tentar realizar o trabalho, o terapeuta deve descobrir se as instruções foram claras e se o paciente percebeu quão relevante era a tarefa para auxiliá-lo em seus problemas.

FACILITANDO A REALIZAÇÃO DE TAREFAS

Há várias maneiras de assistir os pacientes na execução dos trabalhos de casa. Os melhores auxiliares, evidentemente, são os desenvolvidos pelos próprios pacientes. Alguns pacientes criam ditos ou frases próprias que lhes

relembram a execução da tarefa. Esse tipo particular de auto-ajuda muitas vezes tem especial valor. Um paciente sentia-se melhor se escrevesse a programação de actividades à noite e seguisse essa tabela no dia seguinte. Entretanto, esquecia amiúde, ou de preparar a programação, ou de segui-la até o fim. Desenvolveu então a deixa verbal: "Para enfrentar a depressão, tenho que planejar meu trabalho e trabalhar no meu plano", que repetia com frequência para si mesmo, para lembrar-se de fazer o trabalho de casa.

Outros pacientes criam deixas verbais que os impelem a começar a anotar e a responder a seus pensamentos automáticos, Determinado paciente, quando começava a sentir-se mal, dizia a si próprio: "Estou me persuadindo a ficar doente". Essa deixa se constituía num ímpeto para que começasse a tomar nota por escrito e responder a

seus pensamentos automáticos.

Existe uma variedade de procedimentos de autocontrole que o paciente pode empregar para promover a conclusão das tarefas de casa. Se o trabalho envolve escrita, o paciente pode seleccionar um horário ou local específico em sua casa, nos quais possa trabalhar em sua tarefa ou completá-la. Regulando um cronómetro de cozinha para marcar os 15 ou 20 minutos que deverá gastar escrevendo, bem como mapeando, monitorando o tempo efectivamente dispendido na execução do trabalho de casa, o paciente pode transformar essa prática num hábito.

Outra estratégia consiste em afastar tudo que pode distrair o paciente de fazer seu trabalho. Por exemplo, pode desligar o rádio ou a televisão enquanto completa suas tarefas escritas. Uma paciente descobriu que sua cama era uma distracção tentadora. Ela começava a empenhar-se em sua programação de actividades, mas quando passava por seu quarto e via a cama, deitava-se. Solucionou o problema passando a tirar o colchão da cama pela manhã.

Para promover a conclusão das tarefas, os pacientes podem empregar reforços comportamentais externos de "recompensa e punição", Por exemplo, o paciente pode "contratar" a execução da tarefa antes de engajar-se numa actividade prazerosa (por exemplo: assistir a um programa favorito na televisão, fumar um cigarro ou telefonar para um amigo). Os pacientes também podem empregar técnicas aversivas: se não fizerem seu trabalho de casa, terão que levantar-se uma hora mais cedo, ou terão que limpar seus armários. Algumas vezes, um telefonema de acompanhamento do terapeuta ajuda a promover a aderência às "normas", quando todo o resto falha. Simplesmente informar ao paciente que ele tem que fazer o trabalho de casa, porque é parte da terapia, mostra-se eficaz, particularmente se o terapeuta acompanha essa orientação com um telefonema.

Uma técnica eficaz de enfrentamento empregada por alguns pacientes para ajudá-los a executar suas atribuições de casa envolve aprender a

"falar com seus músculos". Esse procedimento foi adaptado de um trabalho de Abraham Low, que instruía seus pacientes a darem ordens a seus músculos em algumas situações problemáticas.

Exemplificando:

Ela ordenava a seus músculos que repousassem quietos na cama, quando se sentia tensa e inquieta, que continuassem a andar quando se sentia exausta, que comessem quando a mera visão da comida produzia náusea, e que se obrigassem a falar quando a garganta parecia sufocar. E, depois que os músculos voltaram à acção, não fazendo caso da "expressão sintomática" dos órgãos, o cérebro de Harriette convenceu-se instantaneamente de que músculos exaustos podem dar uma boa caminhada… (1950, p. 67).

O diálogo seguinte é um exemplo de como esse procedimento pode ser utilizado para auxiliar os pacientes a executarem seus trabalhos de casa:

PACIENTE: Às vezes me sinto tão mal que não consigo reunir forças para escrever esses pensamentos e responder a eles.
TERAPEUTA: Quando isso acontece, você se sente como se estivesse sendo invadido por uma força estranha?
P: É exactamente assim que me sinto.
T: Num certo sentido, você está sendo invadido por essas forças internas. E existe algum benefício em ceder passivamente a essas forças?
P: Não. Mas não consigo fazer nada a respeito. A maioria das pessoas realmente cede a essas forças internas.
T: Algumas pessoas afortunadas conseguem combatê-las e vencer. Consequentemente, tornam-se muito mais fortes.
P: Como posso fazer isso?
T: Você precisa encarar essas forças internas como um exército invasor. A primeira coisa que os invasores fazem é tentar capturar a estação de rádio, para poderem controlar as comunicações. Para neutralizar isso, você deve dar a si mesmo ordens claras, directas e simples. As melhores são aquelas que dizem a seus músculos o que fazer.
P: Como. "Músculos, levantem-se, vão até a escrivaninha e comecem a escrever"?
T: Exactamente. Você pode até ser mais específico: "Pernas, mexam-se; braços, apanhem o lápis". É importante que essas ordens sejam pronunciadas suficientemente alto para abafar a comunicação do "inimigo". É também extremamente importante que você aja de imediato em cumprimento a essas ordens. Se esperar demais, o "inimigo" tomará conta da comunicação.

Esse método, além de constituir-se numa estratégia de enfrentamento baseada em auto-instruções, funciona como um elemento de distracção para os pacientes. Enquanto dizem a seus músculos para realizarem o trabalho de casa, não estão pensando em todas as razões por que não conseguem fazer seu trabalho de casa.

IDENTIFICANDO REACÇÕES DISFUNCIONAIS AO TRABALHO DE CASA

Os pacientes podem falhar no empreendimento ou conclusão do trabalho de casa, ou podem completar sem entusiasmo suas tarefas, em vista de algumas atitudes negativas quanto a elas. Essas atitudes negativas estão subjacentes a intensos desejos de evitar a actividade - um dos sintomas fundamentais da depressão. Evidenciam-se nos pensamentos autoderrotistas relacionados à conclusão das tarefas. Os pacientes podem aprender a desafiar esses pensamentos, da mesma forma que são desafiadas outras cognições distorcidas. Descobrimos ser útil solicitar a pacientes com problemas

crónicos acerca de trabalhos de casa que preencham um questionário que arrola atitudes negativas comuns acerca do empreendimento de tarefas. (Vide formulário Razões Possíveis Para o Não-Cumprimento das Atribuições de Auto-Ajuda, no Apêndice.)

Os exemplos que se seguem representam algumas atitudes particularmente problemáticas. Alguns pacientes acreditam que, "por natureza", não silo bons mantenedores de registros. O terapeuta pode desafiar essa opinião perguntando-lhes se houve épocas, no passado, em que mantiveram listagens escritas (por exemplo, quando se preparavam para uma viagem). Alguns pacientes têm que ser apresentados à ideia de que manter registros escritos é uma prática útil, que pode ser aprendida. Ao desenvolver essa habilidade, o paciente ajuda a si mesmo e ao terapeuta, já que esses registros fornecem dados essenciais ao tratamento.

Alguns pacientes acreditam que seus problemas são complexos demais ou muito enraizados para serem solucionados através de simples atribuições. Pode-se dizer a esses pacientes que mesmo os esforços mais complexos, tais como levar um homem ao espaço, começam e se constituem de simples passos concretos. Alguns autores já disseram que, embora não possam escrever um livro, podem escrever um parágrafo: se um número suficiente de parágrafos for escrito, o que resulta é um livro. Os pacientes podem também ser induzidos a considerar as vantagens e desvantagens de acreditar que seus problemas não podem ser solucionados através de trabalhos de casa. Por exemplo, o terapeuta pode indagar: "e útil acreditar, mesmo sem ter tentado, que o trabalho de casa não funcionará?".

Alguns pacientes declaram não fazer o trabalho de casa por ele não os haver ajudado no passado. Quanto a isso, o terapeuta deve ter ideias flexíveis, visto que as atribuições anteriores podem não ter trazido benefícios. Admitindo que sua "impressão" possa ter-se mostrado incorrecta naquela circunstância, ele pode assinalar que existem muitos tipos diferentes de trabalhos de casa. Em algumas situações, o paciente pode estar enganado acerca do volume de ajuda que recebeu de atribuições anteriores. Se

houver dados disponíveis (por exemplo, anotações, relatórios, medidas de depressão), terapeuta e paciente podem revê-los em conjunto.

Muitos pacientes se ressentem de lhes serem atribuídos trabalhos para casa de modo autoritário - outra indicação da importância da colaboração terapeuta-paciente. Contudo, alguns encaram até mesmo a colaboração como autoritarismo, Nesses casos, o terapeuta dispõe de várias opções.

Primeiramente, é boa política apresentar a terapia de acordo com um "modelo de consumo". O paciente deseja atingir determinado objectivo (superar sua depressão) e o terapeuta tem alguns métodos a oferecer para alcançar esse objectivo. O paciente é inteiramente livre para usar ou rejeitar os métodos, da mesma forma que é livre para comprar ou não no mercado.

Outra opção consiste em terapeuta e paciente elaborarem diversas estratégias alternativas de trabalhos de casa. Ao paciente é facultado escolher uma estratégia em particular. Novamente, também lhe é possível optar por não adoptar nenhuma delas. Uma forma de estruturar a tarefa como uma actividade a prova de falhas é planejar a não-concordância com as demais estratégias como uma das escolhas que o paciente pode fazer. O exemplo seguinte ilustra essa opção.

Na sessão anterior, o terapeuta e a paciente haviam planejado para ela uma actividade de fim de semana. Em vez de cumprir a programação, ela passou o fim de semana na cama.

TERAPEUTA: Quais são seus planos para esse fim de semana?
PACIENTE: O Larry chega na sexta-feira para passar a noite.
T: E no sábado:
P: Estarei deprimida na manhã de sábado e vou começar a brigar com o Larry. Ele ficará zangado e sairá. Aí, depois que ele tiver saído, ficarei ainda mais deprimida e voltarei para a cama.
T: Que é que você dirá a sim mesma na manhã de sábado para ficar deprimida?
P: "Ele não me ama… Tudo que interessa a ele é o sexo… Não tenho nenhum respeito por mim mesma".
T: Gostaria que você anotasse esses pensamentos e que escrevesse também, especificamente, como reage ao Larry na manhã de sábado.
P: Bem, serei fria quando ele acordar e me recusarei a ter relações sexuais. Depois, começarei a reclamar por ele não vir com mais frequência. Aí, ele ficará furioso e sairá.
T: O que você dirá a si mesma depois que ele sair?
P: "Estraguei tudo de novo… Ele não vai voltar por muito tempo, se é que voltará. A culpa é toda minha"… Depois disso, vou-me sentir péssima e voltarei para a cama.
T: Isso parece um plano, ao qual chamaremos Plano A. Você pode pensar em algum outro plano que a levasse a sentir-se diferente?
P: Bem, eu poderia ser agradável com ele pela manhã.
T: OK, escreva isso e chame-o Plano B.

P: De manhã, eu poderia ter relações com ele, o que me agrada. Poderia preparar-lhe um bom café da manhã.
T: O que você poderia dizer a si próprio?
P: Poderia dizer que realmente me agrada quando ele está aqui e procurar tornar as coisas tão amenas quanto possível. Afinal, ele é uma pessoa livre e nós não somos casados.
T: O que você poderia fazer depois que ele saísse?
P: Poderia sair e fazer compras.
T: OK, você tem uma escolha entre o Plano A e o Plano B. A escolha é inteiramente

sua. Tudo que lhe peço é que se atenha ao plano que escolher, qualquer que seja ele.

Nesse exemplo, a paciente optou pelo Plano B, mais adaptativo, e conseguiu cumpri-lo durante 80% do tempo. Se houvesse escolhido o outro plano, as razões conducentes a tal escolha e suas consequências seriam discutidas. Mesmo quando o paciente faz uma opção inadaptativa, é importante usar essa eventualidade para demonstrar que a escolha existe, examinar o raciocínio por trás de uma escolha inadaptativa e examinar as consequências na sessão seguinte. O paciente pode aprender que efectivamente dispõe de opções e esperar que, na próxima vez, exercendo-as de modo mais adaptativo, possa adoptar uma linha de acção mais realista.

Alguns pacientes hesitam em entregar o trabalho de casa sob forma escrita, por sentirem embaraço ou vergonha acerca da gramática, do estilo ou da ortografia. Cabe ao terapeuta verificar se o não cumprimento das atribuições de tarefas de casa se deve a algum desses factores. Dizer ao paciente, simplesmente, que a forma do trabalho de casa é irrelevante para seu objectivo pode resolver o problema. A discussão do conceito de vergonha também ajuda. Os terapeutas podem assinalar que a vergonha é uma abstracção - não existe no universo como entidade independente, mas é antes uma emoção que as pessoas experimentam, e que os indivíduos dispõem de um certo nível de escolha entre sentirem-se envergonhados ou não. Se o paciente mostra-se envergonhado de entregar um trabalho escrito, o terapeuta pode procurar mostrar-lhe as vantagens de correr o risco do embaraço, em nome da possível vantagem de progredir na terapia, Eis um exemplo de como isso pôde ser feito:

TERAPEUTA: Geralmente, se se vai cometer um erro, é melhor por inclusão que por exclusão. Por exemplo, se você não tem certeza de estar ou não convidado para uma resta, é melhor comparecer e suportar qualquer embaraço que possa sobreviver do que perder a oportunidade de viva bons momentos.
PACIENTE: Entendo seu ponto de vista.
T: De que maneira esse princípio se relaciona a seu modo de entregar o trabalho escrito?

P: Bem, seria melhor deixá-lo pensar mal de mim que perder a oportunidade de conseguir ajuda, deixando-o ler meu trabalho de casa.

Em casos extremos, o paciente pode não se deixar tocar por essa argumentação e continuar a recusar-se a entregar material escrito. Se for esse o caso. O paciente pode ler o material para o terapeuta. Dentro do mesmo espírito, os pacientes extremamente relutantes a falar na terapia podem ser solicitados a redigir "scripts" do que querem dizer, lendo-os na terapia.

Em certas ocasiões, os pacientes deixarão de trazer o trabalho de casa. Podem

declarar havê-lo esquecido. É inútil especular sobre seus motivos "inconscientes" para o esquecimento. Melhor seria considerar o erro inocente, até prova em contrário. Outras vezes, eles dirão que não tiveram tempo para cumprir a tarefa. Isso conduz a uma discussão sobre as prioridades.

MONTANDO AS PROCRAMAÇOES DE ACTIVIDADE

A programação de actividades constitui, frequentemente, parte importante das primeiras sessões da terapia cognitiva. Muitas das regras gerais de atribuição de tabelas de actividades são como se segue:

1. Após a primeira entrevista, os pacientes preenchem a tabela de actividades para demonstrar como gastam seu tempo, na actualidade. Essa tabela dá ao terapeuta informações de base quanto ao nível e tipo de actividades. O paciente registra o que faz de hora em hora.
2. Após esse registro de linha de base, a tabela de actividades é empregada para planejar actividades para alguns pacientes.
3. Esse planejamento é feito com certa flexibilidade. Se ocorrer uma situação imprevista (por exemplo, a chegada de um visitante de fora), o paciente pode alterar a programação. Devem ser feitos planos alternativos para o caso de algum acontecimento inesperado (por exemplo, chover quando foram feitos planos de actividades ao ar livre).
4. Se o paciente deixa de engajar-se numa actividade planejada, não é necessário voltar atrás e completar a actividade que faltou realizar.
5. Se o paciente termina uma actividade antes do planejado (por exemplo, a lavagem de roupa consome 45 minutos, ao invés de uma hora prevista), o paciente não necessariamente inicia as actividades programadas para mais tarde. Pelo contrário, tem a opção de dedicar-se a alguma actividade prazerosa durante o tempo extra.

6. Os pacientes podem contar com as auto-instruções escritas ou introspectivas para assisti-los no iniciar e desempenhar actividades específicas. Essa auto-instrução pode assumir, por exemplo, a forma de "falar com seus músculos".
7. Ao seleccionar as actividades, o paciente deve relacionar actividades agradáveis a prazo curto, além das de "mestria". Elas são escolhidas no sentido de reduzir os sentimentos depressivos.
8. Para prevenir a regressão, usamos uma regra simples: "As camas foram feitas para dormir e os sofás, para sentar. Nilo fique na cama de pois de acordar".
9. As programações de actividade devem relacionar-se à rotina normal do paciente. O terapeuta lhe pede que relacione seus modos de acção típicos antes de ficar deprimido. O paciente procura desempenhar essas actividades do modo que fazia quando não estava deprimido. O terapeuta o instiga a assumir esse papel, como uma

experiência para verificar se seu ânimo e perspectiva podem ser mudados, ainda que por pouco tempo.

10. O paciente deve registrar suas actividades sem ser demasiado específico (Desci, abri a porta do carro...) ou demasiado genérico (Passei o dia fora). O objectivo está em algum ponto intermediário (fui ao mercado, visitei amigos por duas horas e voltei para casa).

11. O terapeuta ajuda o paciente a perceber que está sempre fazendo alguma coisa. Em lugar do relato "Não fiz nada", uma descrição mais exacta seria "Sentei-me na cadeira, tomei café e li o jornal". Mesmo uma actividade passiva é, ainda assim, uma actividade. Terapeuta e paciente podem iludir-se ao aceitarem a conclusão de que o paciente não fez "nada".

PROGRAMANDO ACTIVIDADES PARA AUMENTAR O PRAZER

Nos estágios iniciais do tratamento, o paciente pode encontrar dificuldade em relacionar actividades que considere prazerosas ou com as quais se divirta. Uma forma de superar essa dificuldade e pedir-lhe que seleccione actividades potencialmente prazerosas numa lista especialmente concebida. Descobriu-se a utilidade das perguntas específicas na elaboração dessa lista:

- Que tipo de coisas você gostava de aprender antes de ficar deprimido? (Exemplo: esportes, ofícios, línguas.)
- Que tipos de viagens curtas lhe agradavam? (Exemplo: à praia, à montanha, ao campo.)

- De que tipo de coisas acredita que pudesse gostar, se não se sentisse inibido a respeito delas? (Exemplo: pintar, representar uma peça, tocar piano.)
- Que é que você costumava gostar de fazer sozinho? (Exemplo: dar longas caminhadas, tocar piano, costurar.)
- O que gostava de fazer com outras pessoas? (Exemplo: conversar ao telefone, jantar com um amigo, jogar "handball".)
- O que gostava de fazer, que não custe dinheiro? (Exemplo: brincar com o cachorro, ir à biblioteca, ler.)
- Que gostava de fazer, que custe menos de US$ 5.00? (Exemplo: ir ao cinema, andar de táxi, ir ao museu.)
- O que gostava de fazer, quando o dinheiro não constituía obstáculo? (Exemplo: comprar um terno novo, ir a Nova York, jantar num bom restaurante.)
- De que actividade gostava em horários diferentes? (Por exemplo, pela manhã, aos domingos, no outro outono.)

Essas perguntas são usadas para gerar uma lista de actividades. A seguir, pede-se

ao paciente que seleccione e ordene as actividades com maiores probabilidades de dar-lhe prazer no momento.

PROGRAMANDO ACTIVIDADES PARA AUMENTAR O SENTIMENTO DE MESTRIA

Existem várias maneiras de descobrir quais as actividades que aumentam o sentimento de mestria de um paciente. A mestria resulta da dedicação a uma actividade construtiva ou criativa, que seja difícil para o paciente na actualidade, ou a cujo desempenho resista, ou que não se sinta motivado a tentar. Para identificar as experiências que contribuem para um sentimento de mestria, aconselha-se o terapeuta a formular questões específicas, em vez de genéricas, por exemplo: "O que você pode fazer, entre duas e três da tarde, que lhe traria um sentimento de satisfação?" Se o paciente se mostrar incapaz de relacionar quaisquer actividades que exijam mestria, a pergunta deve ser reformulada. A um paciente incapaz de relacionar uma só actividade de mestria perguntou-se: "Quais as coisas que você é incapaz de fazer, no momento, por estar deprimido?" O paciente pôde então relacionar diversas actividades que lhe trariam um sentimento de mestria.

Uma vez identificadas as actividades que envolvem mestria, elas são dispostas hierarquicamente por graus de dificuldade, atribuindo-se ao paciente, a princípio, as mais fáceis de executar. A recuperação do nível pré-mórbido de funcionamento é, em geral, um processo passo-a-passo. Como alternativa de montar uma hierarquia de experiências de mestria, o paciente: pode preparar uma lista de actividades problemáticas e tentar uma delas a cada dia.

A "mestria" é um conceito relativo. O que pode parecer simples ao terapeuta pode ser extremamente difícil para o paciente deprimido. Por essa razão, o paciente é solicitado a estimar o grau de mestria exigido na execução de cada atribuição. Como os pacientes frequentemente desconsideram suas experiências reais de mestria, essas estimativas de grau de perícia podem demonstrar-lhe quanto subestimam suas verdadeiras realizações.

O exemplo que se segue mostra como essa tendência a invalidar as realizações é encontrada na sessão. A paciente estava desprezando activamente alguns importantes degraus que havia escalado na hierarquia de experiências de mestria.

PACIENTE: Qualquer um pode lavar pratos.
TERAPEUTA: Quando você não estava deprimida, tinha alguma dificuldade em lavar os pratos?
P: Absolutamente nenhuma.
T: E agora, que está deprimida?
P: É muito difícil.

T: Quando você fica deprimida, muitas coisas se tornam difíceis. Isso faz parte da depressão. Entretanto, você vem empregando um sistema de avaliação baseado em seus conceitos de mestria e dificuldade das épocas em que não estava deprimida. Gostaria que revisse suas estimativas dessas actividades e considerasse atribuir-lhes graus baseados em seu nível actual de dificuldade.

Ao longo da terapia, o terapeuta deve resguardar-se contra deixar-se levar pelas distorções do paciente. Sem compreender a dificuldade relativa mesmo das tarefas simples, o terapeuta poderia supor que cozinhar um ovo seria uma coisa simples para seu paciente - quando, a rigor, poderia envolver planejamento e concentração consideráveis.

Na preparação de uma lista de mestria com o paciente, é de grande utilidade levá-lo a redigir os itens ele próprio. Esse procedimento tende a fazê-lo empenhar-se mais activamente na tarefa. Na verdade, elaborar e escrever a lista pode consistir, em si mesma, numa tarefa que exija perícia. Assim, é desejável começar por programar as actividades estruturadas iniciais dentro da própria sessão terapêutica.

REGISTROS ESCRITOS E DEVERES

Os registros escritos tendem a auxiliar o paciente a examinar seus pensamentos e sentimentos com objectividade crescente, além de facilitar a lembrança de ocorrências importantes. Consequentemente, faz parte da rotina incluir alguma redacção na maioria dos trabalhos de casa. Os exemplos seguintes ilustram algumas dessas atribuições. Em seguida à primeira ou segunda sessão, é usual pedir-se ao paciente que redija uma autobiografia

sucinta. Havendo obtido esses dados de referência, o terapeuta fica livre para concentrar-se nos problemas actuais. Para os pacientes mais deprimidos, é suficiente um rápido esboço cronológico.

O Registro Diário de Pensamentos Disfuncionais é parte integrante da terapia cognitiva. Inicialmente, os pacientes são solicitados a completar as três primeiras colunas do registro (ver Figura 4). Às situações que precedem as emoções desprazerosas são registradas ao lado das emoções e pensamentos automáticos. Essa tarefa ajuda o paciente: a aprender a automonitorar as mudanças afectivas; a aprender a nomear correctamente as emoções, e a aprender a reconhecer os pensamentos automáticos e sua relação com as emoções. Uma vez que o paciente haja dominado essas técnicas, estará pronto a começar a responder aos pensamentos automáticos. O terapeuta deve assegurar-se de que o paciente sabe usar o formulário, podendo fornecer-lhe um modelo preenchido (ver Figura 4). O terapeuta deve conservar as cópias de formulários de registro que o paciente completar (serão de valor inestimável na descoberta de pressuposições subjacentes). Quanto ao paciente, deverá ter cópias

que possa consultar.

Por vezes, solicita-se aos pacientes que escrevam ensaios sobre temas específicos, Essa técnica é utilizada com grande frequência quando se lida com pressuposições subjacentes. Por exemplo, uma paciente que acreditava ter que ser perfeita foi solicitada a redigir um ensaio sobre como seria se fosse perfeita.

O PAPEL DO PACIENTE NA CONCEPÇÃO DE TRABALHOS DE CASA

A participação do paciente no planejamento das tarefas para casa aumenta à medida que o tratamento progride. O objectivo final é que ele projecte e execute seu trabalho para casa. Essa meta é perseguida para ajudar o paciente a "modelar" seu próprio comportamento.

A paciente progredira uniformemente na terapia, porém, três semanas antes do término do tratamento, seus sintomas pioraram. Seu escore no Inventário Beck da Depressão (IUD) subira para 19. A paciente exibia uma tendência recorrente a deixar que os outros definissem e resolvessem seus problemas. Contudo, o terapeuta sentia-se relativamente confiante em que ela possuísse a capacidade para superar essa tendência específica. Foi-lhe dada a seguinte atribuição:

TERAPEUTA: Como trabalho de casa, gostaria que você estivesse menos deprimida na sexta-feira. Hoje é quarta-feira, logo, você dispõe de dois dias. Vou dar-lhes alguns Inventários de Depressão em branco, para que você vá medindo seu estado de ânimo.

PACIENTE: Como é que eu posso esperar melhorar? Já lhe disse que está tudo péssimo e as coisas não vão melhorar em dois dias.
T: Vamos encarar essa tarefa para casa como uma experiência. Como já a vi superar essas crises de ânimo no passado, confio em que possa fazê-lo novamente. Gostaria que você testasse essa ideia.
P: Mas o que se espera que eu faça?
T: Você se recorda quando, no início, eu lhe disse que esta era a sua viagem e que eu era o guia, mas você teria que caminhar?
P: sim.
T: Bem, estamos no ponto em que você começa a ser sua própria guia.

Na sessão seguinte, a paciente relatou haver completado satisfatoriamente seu trabalho de casa, superando a depressão em dois dias. Conseguiu isso através da implementação de estratégias que havia utilizado no passado tornando-se mais activa socialmente e refutando seus pensamentos automáticos. Ao escolher e empregar suas próprias estratégias, a paciente adquiriu maior autoconfiança e habilidade do que teria conseguido se o terapeuta houvesse delineado o que lhe cabia fazer.

A participação crescente do paciente no planejamento de novas atribuições

resulta em modos eficazes de executar as tarefas de casa. Muitas vezes, é útil ajudar os pacientes a transformarem essas novas ideias em planos concretos. Uma paciente, por exemplo, teve a ideia de gravar seus pensamentos num gravador de fita. O terapeuta a encorajou a levar adiante a ideia, fornecendo-lhe um gravador "cassette". Além disso, pode premiar subtilmente as ideias novas solicitando à paciente que redigisse seu procedimento, para uso por outros pacientes.

Por outro lado, o terapeuta pode modificar a ideia inicial da paciente, de modo a aprimorar o valor terapêutico da tarefa.

P: Sabe como tenho adiado a análise dos meus pensamentos negativos até as 7 horas da noite, ao invés de pensar neles o dia inteiro? Ouvi falar numa técnica chamada "caixa de quarta-feira", que pode ajudar. Durante a semana, você anota seus problemas em pedaços de papel e os coloca na caixa. Na quarta-feira, você rasga aqueles que já não são problemas. Os que ainda constituem problemas são colocados de volta na caixa, até a quarta-feira seguinte.
T: Como você poderia usar essa técnica?
P: Da mesma maneira, eu acho.
T: Tenho uma sugestão para acrescentar à sua ideia. Você se lembra quando conversamos a respeito da diferença entre pseudoproblemas e problemas reais?
P: Lembro. Problemas reais são as circunstâncias que podemos modificar ou com as quais aprendemos a conviver. Pseudoproblemas são os que criamos em nossa mente como a ideia de que eu não poderia viver sem a minha namorada.

T: antes de colocar problemas na caixa de quarta-feira, gostaria que você anotasse no papel se os considera problemas reais ou pseudoproblemas. Quando retirar o problema na quarta-feira, veja se mudou de ideia sobre que tipo de problema é aquele. E eu gostaria de ver os problemas.

Esse paciente mostrava dificuldades em discriminar problemas reais, que exigem técnicas de resolução, e problemas autogerados. O terapeuta ampliou a ideia apresentada para ajudar o paciente a fazer distinções mais precisas entre os dois tipos de problemas.

TRABALHOS DE CASA ESPECIALIZADOS

BIBLIOTERAPIA

Os livros e artigos têm elevada credibilidade para alguns pacientes. A biblioterapia é um meio fácil e eficaz de reforçar material seleccionado tratado nas sessões. Os livros podem ser lidos segundo a conveniência do paciente, assim economizando o tempo terapêutico. Antes de atribuir leituras, cabe ao terapeuta descobrir se o paciente gosta

de ler, além de escolher material num nível apropriado de compreensão.

Fazer perguntas ao paciente sobre o material, para verificar se o leu e compreendeu, oferece a ele uma oportunidade de discutir aspectos pertinentes a partir da leitura.

A escolha do material de leitura dependerá da experiência anterior do terapeuta. Vale a pena tentar uma abordagem experimental com vários materiais. Entre as leituras que frequentemente consideramos úteis, encontram-se: Cognitive therapy and the emotional disorders, de Beck (1976); Handbook of rational self-counseling, de Maultsby (1971 a); A new guide to rational living, de Ellis e Harper (1975); e Talk sense to yourself, de McMullin e Casey (1975).

Por vezes, os livros sugeridos podem ser ajustados à preocupação individual do paciente. Um paciente, por exemplo, acreditava que ninguém poderia atravessar sua vida terrível sem ficar deprimido. Foi-lhe sugerida a leitura de Man's search for meaning, de Frankl (1963), para demonstrar como se pode viver em condições muito piores, sem sucumbir totalmente à depressão.

Prescrever passagens específicas aos pacientes é um trabalho de casa eficaz. Um estudante universitário estava deprimido face a sua incapacidade de encontrar o sentido da vida. Foi-lhe prescrita a leitura de trechos específicos do Handbook of rational self-counseling, sendo o material dis-

cutido na sessão terapêutica posterior. Foi-lhe então solicitado que sublinhasse, tomasse notas e comentasse as passagens na sessão seguinte.

Outro paciente, que acreditava que todas as demais pessoas no mundo eram felizes, excepto ele, recebeu como atribuição a leitura de um trecho de I can if I want to, de Lazarus e Fay (1975), que dizia respeito a essa noção errónea. Considerou essa indicação um elemento fundamental na superação de sua crença de longa data.

Alguns capítulos desta monografia também podem ser indicados aos pacientes como prescrições de leituras. Essa abordagem revelou-se útil em certos casos. Uma paciente, por exemplo, estava preocupada com a perspectiva de terminar a terapia. Foi-lhe solicitado que lesse o capítulo sobre o encerramento, no qual encontrou discutidas muitas de suas preocupações específicas. A tarefa não apenas a ajudou a responder a algumas de suas perguntas, mas também economizou um tempo valioso de terapia. Ao solicitar ao paciente que leia partes do manual de tratamento, o terapeuta reforça a natureza colaborativa da terapia.

GRAVAÇÃO DE FITAS

Fazer com que um paciente ouça a fita de uma sessão pode mostrar-se eficaz, quando se cobriu um material farto e o terapeuta quer assegurar-se de que o paciente o ouviu. Alguns pacientes se criticam ao ouvirem as fitas. Esses pensamentos autocríticos devem ser anotados por escrito e trazidos para discussão.

Pode-se dizer aos pacientes que ouçam atentamente e anotem, para discussão na sessão seguinte, erros cometidos pelo terapeuta. Isso reforça a atenção do paciente ao material e lhe mostra que cometer e admitir um erro não são uma catástrofe.

Tanto Ellis quanto Maultsby dão a seus pacientes, rotineiramente, gravações das sessões. Embora não adoptemos esse procedimento em relação a todos os pacientes, acreditamos que seria de enorme valor para alguns.

Podem ser destinadas aos pacientes fitas "cassete" orientadas para ternas específicos. Aqui se incluem as fitas de Albert Ellis, as de relaxamento e as de conscientização sensorial.

PREPARANDO O CAMINHO PARA AS DIFICULDADES PREVISÍVEIS

Uma vez que o paciente se liberte da depressão, é importante desenvolver meios pelos quais possa usar as técnicas aprendidas na terapia para enfrentar situações críticas no futuro. Em primeiro lugar, terapeuta e paciente

relacionam as ocorrências que, no passado, repetidamente fizeram com que o paciente se sentisse ansioso ou deprimido. Tais ocorrências problemáticas podem incluir visitas aos pais, exames escolares, atritos interpessoais, ou rejeição. Alternativamente, pode-se preparar uma lista dos acontecimentos previstos para os próximos meses que poderiam causar problemas, como um novo emprego, um noivado ou uma mudança para outra cidade. Tais problemas potenciais são anotados a lápis num calendário ou diário, juntamente com uma relação de técnicas de enfrentamento a serem usadas.

Para efeito de ilustração, consideremos uma paciente que mostrava maiores probabilidades de sentir-se deprimida nos sábados, domingos ou feriados (quando seu tempo não estava estruturado). Ela escreveu um lembrete, no calendário, para planejar actividades naqueles dias. Era editora de uma publicação mensal e mostrava-se propensa à ansiedade quando a revista ia para o prelo. Anotou em seu calendário, para essas datas, "rever antigos trabalhos de casa; analisar os pensamentos". Estava esperando uma visita de sua mãe, que a dominara no passado. Por dias seguidos antes da chegada de sua mãe, escrevia "Afirme-se ". Carregava o calendário junto de si, como meio de auto-instrução, e o actualizava à medida que surgia a necessidade.

SUGESTÃO DE PLANO DE TRABALHOS PARA CASA

APÓS A PRIMEIRA SESSÃO

1. Registrar as actividades na Tabela de Actividades (para obter linha de base).
2. Ler Coping with depression (Beck e Greenberg, 1974).
3. Escrever esboço autobiográfico resumido.
4. Ouvir gravação da primeira entrevista (opcional).

APÓS A SEGUNDA SESSÃO

1. Planejar e registrar actividades na Tabela de Actividades.
2. Marcar os pensamentos automáticos no contador de pulso (ver Capítulo 8).

APÓS A TERCEIRA SESSÃO

1. Prosseguir com a Tabela de Actividades, atribuindo graus à Mestria (M) e ao Prazer (P).

2. Prosseguir com o contador de pulso.
3. Registrar afectos e pensamentos automáticos nu colunas pertinentes do Registro Diário de Pensamentos Disfuncionais.

APÓS A QUARTA SESSÃO

1. Tabela de Actividades: continuar com Me P.
2. Contador de pulso.
3. Preencher coluna "resposta racional" no Registro Diário de Pensamentos Disfuncionais.

DA QUINTA À ÚLTIMA SESSÃO (GERALMENTE A DÉCIMA-QUINTA)

1. Prosseguir com a Tabela de Actividades por tanto tempo quanto se mostre útil.
2. Prosseguir com o contador de pulso enquanto se mostrar útil.
3. Preencher todas as colunas do Registro Diário de Pensamentos Disfuncionais.

OPCIONAL, AO LONGO NO TRATAMENTO

1. Biblioterapia.
2. Fornecimento de material especial para problemas específicos.
3. Audição de gravação de entrevista.
4. Manutenção de diário ou registro.

capítulo 14

O curso da terapia, como o verdadeiro amor, nem sempre é suave. Alguns pacientes não retribuem os telefonemas, enquanto outros telefonam incessantemente. Alguns falam demais na terapia, outros não dizem nada. Alguns se atrasam cronicamente para as consultas, outros resistem a terminar a entrevista. Alguns desperdiçam tempo nas

entrevistas terapêuticas discutindo com o terapeuta sobre as técnicas que emprega; outros dizem concordar com as sugestões do terapeuta, mas nada fazem para implementá-las. Uns argúem que a terapia cognitiva não funcionará e exigem uma "garantia do dinheiro de volta". Em suma, os pacientes podem comportar-se de diversas maneiras ou manifestar várias atitudes que retardam a terapia. Este capítulo apresentará os "subterrâneos" da terapia cognitiva: estratégias e orientações para lidar com os problemas técnicos que emergem das ideias e comportamentos contraproducentes dos pacientes.

Todo paciente pode ser colocado num continuum com respeito à quantidade de problema técnicos que apresenta. Numa extremidade do continuum encontram-se os que apresentam poucos ou nenhum desses problemas. À parte os sintomas e comportamento disfuncional ligados a sua depressão, esses pacientes levam vidas razoavelmente bem ajustadas. Em vista de seu cooperativismo e de seu repertório de comportamentos adaptativos, a terapia geralmente transcorre sem obstáculos. Terapeuta e paciente podem concentrar-se nos problemas especificamente pertinentes à depressão e colaborar na selecção e emprego de estratégias próprias.

No outro extremo encontram-se os pacientes que apresentam muitos desses problemas, comumente com grande intensidade e rigidez. Esses frequentemente trazem relatos que incluem terapias anteriores malsucedidas, hospitalizações, históricos profissionais precários, relacionamentos sociais inexistentes ou pontilhados de brigas, e todo um espectro de pa-

drões inadaptativos de comportamentos interpessoais que prejudicam o seu trabalho com o terapeuta. Esses pacientes receberam rótulos do tipo neuróticos crónicos, borderlines, portadores dos distúrbios do carácter, passivo-agressivos, negativistas, "histéricos" e instáveis. Tais termos não aprimoram, em geral, a compreensão do terapeuta face ao paciente, mas indicam que este tem problemas de personalidade que tornam difícil trabalhar com ele. Na falta de terminologia melhor, utilizamos o rótulo "Paciente difícil" para designar os membros desse grupo. Quando permanecem no tratamento, a terapia cognitiva pode ajudá-los a levar vida mais cómodas e adaptadas. O tratamento dessa população entretanto, exige mais tempo e a melhora geral do paciente é geralmente menos estável que a de outros. Dado que são também mais propensos a recaídas, exigem maior número de sessões de reforço. Além disso, parcelas maiores da entrevista têm que ser dedicadas às reacções negativas do paciente ao terapeuta, a sua resistência a executar os trabalhos de casa, suas frequentes crises de vida e ao estabelecimento repetitivo de roteiros para a terapia. Para obter sucesso com pacientes difíceis. O terapeuta normalmente precisa estar preparado para investir tempo extra, energia e habilidade consideráveis.

ORIENTAÇÕES PARA O TERAPEUTA

As seguintes sugestões podem ser úteis ao terapeuta quando trabalha com pacientes difíceis:

1. Evitar a Estereotipização do Paciente

O paciente tem, cria e apresenta problemas, mas não é, ele próprio, o problema. Uma vez que comece a pensar no paciente como o problema ou como uma anomalia psiquiátrica, o terapeuta bloqueia as soluções potenciais desses problemas. Mesmo o paciente mais difícil tem recursos que podem ser utilizados para neutralizar suas reacções antiterapêuticas.

2. Permanecer Optimista

Um observador de uma sessão de terapia cognitiva comentou: "A diferença entre a sua terapia e as outras é que você não desiste." Há alguma verdade nessa observação. A desesperança - seja no paciente, seja no terapeuta é um bloqueio poderoso contra a resolução de problemas e é raramente ou nunca permitida. A menos que o terapeuta haja esgotado seu repertório, há sempre uma possibilidade de penetração. Muitos pacientes difíceis, finalmente recuperados, relataram que a recusa do terapeuta a desistir constituiu o elemento mais útil da terapia. Evidentemente, se não há progresso, ou se há uma piora real na condição do paciente, é indicada a

consulta ou encaminhamento a outro terapeuta. Além disso, um tipo de tratamento diferente poderia ter maior sucesso com esse paciente em particular.

3. Identificar e Elaborar suas Próprias Cognições Disfuncionais

Ao encontrar pacientes difíceis, o terapeuta deve estar vigilante para detectar seus próprios pensamentos autoderrotistas. Desses, são comuns aos terapeutas: "0 paciente não está apresentando melhora alguma, logo, devo ser um péssimo terapeuta", ou "Depois de tudo que fiz, ele é ingrato e me cria dificuldades". O terapeuta deve lembrar que não precisa deixar-se perturbar pelo comportamento contraproducente do paciente. Em última instância, o paciente - e não o terapeuta - é responsável por seus actos contraproducentes; o terapeuta pode guiá-lo, mas não pode esperar moldar seu comportamento. Entretanto, deve empregar sua habilidade para tirar proveito dos comportamentos ou atitudes idiossincráticos. Por exemplo, pode utilizar a desconfiança de um paciente a seu respeito para testar com o paciente algumas hipóteses sobre o assunto, assim como usar o medo do paciente para gerar nele auto-suficiência.

Muitas vezes, o terapeuta acredita, erroneamente, que, quanto mais faz por um paciente, mais este deve ser-lhe reconhecido. O inverso disso é frequentemente verdadeiro. O terapeuta estaria confundindo a maneira como deseja que o paciente aja com a maneira de agir que o paciente tem probabilidade de apresentar. A terapia é um trabalho, geralmente com recompensas intrínsecas ao próprio trabalho.

4. Manter Elevada Tolerância à Frustração

O terapeuta se tomará mais capaz de resolver "dificuldades especiais" se desenvolver e mantiver elevada tolerância para com a frustração e um limiar elevado para a disforia do paciente. Ao trabalhar com pacientes difíceis, deve esperar oposição frequente. Pode também ter em mente que, uma vez que esses problemas constituem um desafio e impedem que a terapia se torne algo rotineiro, proporcionam-lhe uma oportunidade de usar sua criatividade para resolve-los. Pode ainda aumentar sua tolerância para com a frustração não desistindo dos pacientes e mantendo o foco na tarefa, ao invés de culpar os pacientes pelos obstáculos opostos à terapia.

5. Manter uma Atitude de Resolução de Problemas

Uma abordagem solucionadora de problemas capacita o terapeuta a lidar com a maioria dessas dificuldades, à medida que surgem. Em primeiro lugar, o problema deve ser especificado e, em seguida, verificado pelo paciente. Este e o terapeuta geram então uma multiplicidade de soluções. Tais soluções são posteriormente testadas, em bases experimentais.

A abordagem desses problemas pelo terapeuta é estruturada, mas não rígida. Deve ser ponderada, flexível e aplicada "sob encomenda" a cada paciente específico. Uma abordagem rígida, ao contrário, erroneamente presume uniformidade entre os pacientes. Respostas terapêuticas prontas e ensaiadas são geralmente ineficazes. As intervenções do terapeuta devem levar em conta a história, estilo de vida e maneiras de relacionar-se com o outro específicos de cada paciente.

Seguindo essas orientações, o terapeuta representa um sólido modelo para o paciente. Por exemplo, demonstra, através de seu próprio comportamento, que a frustração não leva automaticamente ao desânimo ou raiva.

Fornecemos, adiante, apenas uma amostra de crenças e acções antiterapêuticas dos pacientes. A lista, no entanto, não inclui muitos assuntos repetitivamente encontrados na terapia. Algumas sugestões são fornecidas para resolver essas questões. Tais sugestões estão longe de ser conclusivas. Ao discutir tais problemas, o terapeuta pode, às vezes, descobrir-se desprovido de ideias. Nesses casos, pode dizer ao paciente que terá que pensar melhor no assunto para discuti-lo na sessão seguinte.

Pode haver questões sobre as quais o terapeuta e o paciente não chegam a um acordo. O primeiro pode sugerir, se se tratar de um assunto fundamental, que seja discutido mais adiante na terapia, Se não for um assunto fundamental, eles poderão ter que concordar em discordar.

CRENÇAS CONTRATERAPÊUTICAS DOS PACIENTES

1. "A terapia cognitiva é uma apresentação com nova roupagem do 'poder do pensamento positivo'.

O terapeuta pode concordar em que existem algumas semelhanças superficiais entre a terapia cognitiva e as escolas do "pensamento positivo": Ambas sustentam que as ideias influem sobre os sentimentos e comportamentos. Contudo, um problema óbvio acerca do "pensamento positivo" é que os pensamentos positivos não são necessariamente válidos ou precisos. A pessoa pode iludir-se, por algum tempo, com pensamentos irrealisticamente positivos, mas acaba por desiludir-se, na medida em que entra em acção a lei das compensações reduzidas. Os pensamentos positivos levam a sentimentos positivos unicamente quando o indivíduo está convencido de que são verdadeiros.

A terapia cognitiva pode ser chamada de poder do pensamento realista. Meio copo de água pode estar meio vazio, de um ponto de vista

pessimista, ou meio cheio, se o ponto de vista for optimista, mas, numa visão objectiva, são apenas quatro onças de água num copo de oito onças. Se o paciente diz que sua vida é "ruim", o terapeuta não procura convencê-lo de que é "boa": o movimento maior é, antes de tudo, no sentido de colher informações exactas para apontar e contradizer as distorções.

Na terapia cognitiva, o terapeuta busca promover uma mudança nos vagos rótulos moralistas do tipo "sou horrível" (poder do pensamento negativo). Esses autojulgamentos implicam a existência de uma multidão de traços negativos ou positivos. Há muito pouco que o paciente e o terapeuta possam fazer para modificar esses "traços de carácter" abstractos e globalmente definidos. Entretanto, quando os problemas são particularizados, as soluções se tornam evidentes. O terapeuta e o paciente passam dos juízos globais para a observação de problemas específicos. O "pensamento positivo", ao contrário, consiste em colocar uma abstracção global - "sou uma pessoa maravilhosa" – em lugar de outra - "sou uma pessoa terrível".

As escolas do "pensamento positivo" fundamentam-se numa abordagem autoritária, tal como quando alguém diz: "anime-se, as coisas não estão mal". A terapia cognitiva, por outro lado, enfatiza que não se deve aceitar uma afirmação levando-se em conta a autoridade. O indivíduo deve testar as afirmações empiricamente ou deduzi-las logicamente – e não aceitar sem questionamento as crenças de outrem.

Muitos princípios do "pensamento positivo" contém distorções ou meras verdades, p. ex., "todos os dias, sob todas as maneiras, tudo está ficando cada vez melhor". Segundo a perspectiva de um terapeuta cognitivo, dizer que tudo irá melhorar é tão irreal quanto dizer que tudo irá piorar. Aquilo que se deseja e de que se precisa é de informações exactas para que sejam tomadas decisões adaptativas. O paciente também pode ser premiado por não concordar automaticamente com uma autoridade.

2. "Não estou deprimido por distorcer a realidade, mas porque as coisas realmente vão mal. Qualquer um ficaria deprimido."

O terapeuta pode dizer que não sabe se as coisas vão ou não tão mal quanto o paciente as descreve e gostaria de verificar os factos para conferir. De posse dessas informações preliminares, o terapeuta destaca situações concretas e discute quão razoável é cada uma delas. A premissa fundamental da terapia cognitiva é falar a partir de dados – e não tentar convencer o paciente pela força da argumentação.

A primeira parte da crença do paciente, no sentido de que "as coisas vão mal", pode ser verdadeira ou não. Seja como for, terapeuta e paciente precisam concordar numa definição operacional de "mal". A segunda parte - "qualquer uma ficaria deprimido" – é, geralmente, incorrecta. A

maioria das pessoas ficam frustradas e insatisfeitas com acontecimentos negativos, mas não se tornam clinicamente deprimidas. O terapeuta pode indagar ao paciente se ele conhece alguém que haja passado por situações semelhantes sem ficar deprimidos.

O terapeuta pode ajudar o paciente a distinguir os problemas reais dos pseudoproblemas. O pseudoproblema é aquele inteiramente criado pelo paciente. Um exemplo é a crença de um paciente de não pode ir a um concerto por prever que não conhecerá ninguém mais na plateia. A rigor, o objectivo importante é comprazer-se com a apresentação, e não receber as boas-vindas de amigos.

Quando o paciente tem um problema real (por exemplo, não pode ir trabalhar porque seu carro está quebrado), pode neutralizar seu desalento e passividade adoptando uma abordagem solucionadora de problemas. No exemplo citado, pode buscar meios alternativos de transporte, como pedir carona a um amigo etc. O primeiro passo consiste em "descatastrofizar" o problema e evitar pensamentos e acções não pertinentes à tarefa. O terapeuta pode mostrar ao paciente que, se ele adoptar uma atitude solucionadora de problemas, poderá cuidar de suas dificuldades.

O terapeuta não deve relutar em encaminhar seus pacientes a outros profissionais. Um terapeuta, por exemplo, encaminhou uma dona-de-casa esgotada a uma organização feminina que prestava serviços nessa área e ao escritório do promotor público para obter aconselhamento legal.

3. "Sei que encaro as coisas de maneira negativa, mas não posso mudar minha personalidade. "

Em primeiro lugar, cabe ao terapeuta investigar por que o paciente acredita não

poder mudar. O paciente pode fornecer sem-número de razões para sustentar essa crença: (a) É inepto demais para mudar; (b) As mudanças tomam tempo demais; (c) Qualquer modificação seria apenas superficial; (d) Algo irreversível aconteceu-lhe na infância e impede a mudança; (e) Está velho demais para mudar. Uma vez descoberta a justificava da crença, o terapeuta pode utilizar procedimentos padronizados, como, por exemplo, buscar indícios e dados para provar ou refutar essa crença.

Em geral, pode-se dizer ao paciente que não é necessário (ou mesmo viável) modificar sua personalidade por inteiro, mas apenas várias de suas maneiras habituais de pensar e agir. O terapeuta pode esclarecer que muitas pessoas deprimidas acreditam não poderem mudar ou melhorar; essa crença faz parte da depressão e é esperável. Pode ainda dizer ao paciente que, uma vez que se dê a acção correctiva, mudanças drásticas irão ocorrer.

A seguir, pode indagar se o paciente modificou alguma de suas ideias no passado – por exemplo, ideias ouvidas de professores, pais ou amigos de infância. Também pode sugerir que o paciente relacione comportamen-

tos específicos que haja modificado no passado. Muitas vezes, após reflectir sobre as crenças e hábitos que modificou no passado, o paciente adquire confiança em sua capacidade actual de mudar. O terapeuta pode perguntar-lhe se já viveu situações difíceis com as quais pôde lidar. A maioria dos pacientes consegue expor problemas difíceis que conseguiu resolver a contento no passado. Esse exercício permite aos pacientes tomarem conhecimento de que dispõem de forças para efectuar mudanças. O terapeuta pode também enfatizar que a depressão é uma condição psiquiátrica (um "estado") e não um "traço" de carácter e, portanto, é relativamente acessível à mudança.

O diálogo abaixo ilustra como um terapeuta trabalhou com um paciente convencido de que não podia modificar-se:

PACIENTE: Sou fraco. Jamais conseguirei mudar.
TERAPEUTA: Você tem 40 anos de lida em que se saiu bem – sob condições difíceis, eu poderia acrescentar – contra dois anos de depressão. A rigor, enfrentou bem as situações durante parte desses dois anos.
P: É tão difícil mudar.
T: É verdade. Mudar pode ser difícil, especialmente dar os primeiros passos, mas não é impossível. Muitas pessoas conseguiram modificar hábitos extremamente difíceis.
P: Simplesmente não acredito que possa mudar.
T: A crença de não poder mudar é o maior obstáculo à mudança. É uma situação de fuga que impede o indivíduo de tentar mudar.

P: Meus problemas estão enraizados demais para modificar-se.
T: Seus problemas podem estar enraizados no sentido de serem de longa data. Mas não estão enraizados no sentido de que você não possa mudá-los em bases cotidianas. As pessoas podem alterar até hábitos de uma vida inteira, como maneiras especiais de falar, hábitos alimentares, ou padrões de postura habituais.

Ao longo da terapia, o paciente pode usar como modelo a si mesmo ou pessoas que conheça. Um modelo de enfrentamento é geralmente melhor que um modelo de mestria. O primeiro, em contraste com o segundo, tem que lutar com o problema antes de chegar a uma solução satisfatória.

4. "Acredito no que você está dizendo intelectualmente, mas não emocionalmente."

Os pacientes frequentemente confundem os termos "pensar" e "sentir". Esse problema semântico torna-se muito óbvio quando o paciente usa, erroneamente, a palavra "sentir" em vez de "acreditar", por exemplo, em "sinto que você está errado". O terapeuta pode dizer-lhe que uma pessoa não pode acreditar "emocionalmente" em nada. As emoções compreendem sentimentos e sensações; os pensamentos e crenças levam às emoções.

Quando o paciente diz acreditar ou não acreditar em algo emocionalmente, refere-se a graus de crença. Tem opiniões divergentes sobre certos assuntos. De um lado, por exemplo, acredita que errar é humano; por outro lado, acredita que isso é inaceitável. Quando um paciente percebe o ponto de vista de um terapeuta, não está necessariamente convencido, podendo falar em não acreditar naquilo "emocionalmente". Essa intensidade da crença é comumente contingente à situação, ao momento e ao estado do paciente. Quando uma pessoa diz - "sei que não sou sem valor, mas não acredito, nisso emocionalmente" -, está dando uma indicação de que suas ideias disfuncionais ou distorcidas acerca da falta de valor são tão dominadoras que acredita nelas.

A essa altura, o terapeuta pode dizer:

O que você está realmente dizendo é que, na verdade, não acredita que minha explicação esteja certa. Você não confia nela em seu âmago, e isso é esperável. Essas ideias lhe soam estranhas. O que você pode fazer é agir com base em minhas sugestões, testá-las, verificar se são verdadeiras, discuti-las consigo mesmo, examinar as outras alternativas, considerar as provas. Certamente não desejo que você acredite na explicação simplesmente porque eu a enunciei, ou que a aceite como um acto de fé; gostaria, isso sim, que a experimentasse. Tente ficar com a mente aberta.

O terapeuta pode dizer ao paciente que a terapia cognitiva ensina ao indivíduo como modificar as crenças irreais que o fazem experimentar mal-estar e sentir-se

infeliz. Ele modifica essas crenças fortalecendo as crenças adaptativas. Para atingir esse ponto, precisa, com o auxílio do terapeuta, desafiar activamente suas velhas crença inadaptativas e agir com base nas novas crenças adaptativas. (Para outra explicação minuciosa desse aspecto, consultar as secções acerca de como se lidar com as pressuposições subjacentes, no Capítulo 12.)

5. "Não consigo pensar em respostas racionais a meus pensamentos automáticos quando estou emocionalmente perturbado."

Cabe ao terapeuta esclarecer que essa dificuldade pode ocorrer devido ao estado mental e físico do paciente, que dificulta o raciocínio. O paciente deve manter-se alerta contra as ideias que agravam esse problema, tais como, "já que essa técnica não funciona, nada vai funcionar".

Há várias maneiras de auxiliar o paciente a lidar com esse problema. Uma consiste em fazê-lo esperar até que esteja menos perturbado, antes de tentar redigir a resposta racional ou razoável a seu pensamento automático. No intervalo, pode dedicar-se a algum tipo de actividade ou distracção. Também se pode dizer-lhe que, com a prática, ele será capaz de pensar mais depressa em respostas racionais, e insensato esperar que essas respostas venham com facilidade quando o paciente está perturbado.

Pode o terapeuta dizer ao paciente que as ocasiões em que for capaz de acalmar-se imediatamente serão as que lhe darão maior confiança; contudo, a capacidade de corrigir imediatamente as distorções é uma habilidade que precisa ser desenvolvida ao longo de um espaço de tempo.

6. "Já que não gosto desses pensamentos negativos, a razão por que eles surgem deve ser porque quero sentir-me deprimido."

O terapeuta deve explicar que esses pensamentos negativos são automáticos e não arquitectados porque o paciente os deseje, mas antes, que surgem involuntariamente, como por reflexo. Dado que ter pensamentos negativos automáticos é um aspecto inerente ao estar deprimido, a ocorrência desse tipo de pensamentos não indica um desejo de estar deprimido.

Diz-se ao paciente que esses pensamentos não são contínuos (a menos que ele esteja gravemente deprimido), mas que são geralmente desencadeados por certos acontecimentos, tensões e associações. Sua origem não é, no momento, totalmente conhecida. A explicação mais plausível é que os pensamentos automáticos resultem de alguma pressuposição subjacente (esquema), particularmente pregnante no momento actual. Na medida em que paciente e terapeuta descobrem e modificam essas pressuposições subjacentes, observa-se que os pacientes apresentam menor número de pensamentos negativos.

Muitos pacientes ouvem, de terceiros, que estão deprimidos porque querem e,

consequentemente, acreditam nessa opinião. Eis uma forma de lidar com isso:

PACIENTE: Minha mulher diz que adoro me sentir mal, que é culpa minha. Deve ser verdade. Deve ser verdade.
TERAPEUTA: Você quer sentir-se mal?
P: Não, de facto não.
T: Há algum benefício em estar deprimido?
P: Não consigo pensar em nenhum.
T: Muitas pessoas gostam de simpatia e atenção e, às vezes, procuram atenção quando seu ânimo está ruim. Precisam de consolo para sentir-se melhor. Entretanto, a depressão clínica é quantitativa e qualitativamente diferente desse tipo de estado. Embora muitas pessoas deprimidos possam querer que os outros saibam que estão sofrendo as outras pessoas podem interpretar mal essa comunicação, entendendo-a como um desejo básico de estar deprimido.

7. "Tenho medo de que, quando houver superado a depressão, fique tão ansioso quanto era antes."

O paciente pode ser informado de que a ansiedade, ocasionalmente, chega a ocorrer ou se torna exacerbada à medida que a depressão desaparece.

Assim, ela pode ser um sinal de que a depressão está diminuindo. Pode ser útil dizer ao paciente, simplesmente, que às vezes a ansiedade acompanha a depressão, mas que, na maioria dos casos, é um processo de curta duração. Pode-se informar-lhe que a ansiedade não é perigosa; as experiências estranhas associadas a ela não significam que esteja enlouquecendo ou que algo "terrível" esteja por lhe acontecer. Conquanto a ansiedade possa ser muito desagradável, há diversos procedimentos para lidar com ela. Eles incluem a modificação dos pensamentos geradores de ansiedade, a distracção, exercícios de relaxamento e aumento da tolerância à ansiedade.

8. "Quero uma garantia de que essa terapia irá curar minha depressão."

As pessoas deprimidas frequentemente exigem um grau de certeza que não pode existir na realidade. Pode-se esclarecer aos pacientes que vivemos num mundo problemático, onde não há garantias absolutas em nenhum empreendimento. Contudo, o terapeuta pode explicar que a maioria dos pacientes deprimidos, na clínica, acreditam (erroneamente) que não serão ajudados. Nossas pesquisas indicam que a baixa expectativa de ser ajudado não antecipa um resultado desfavorável da terapia. Na verdade, os pacientes melhoram, quer o esperem ou não. Entretanto, para alcançar resultados óptimos, o paciente efectivamente precisa empenhar-se e trabalhar em suas atribuições terapêuticas. De facto - e essa é uma boa ocasião para que o terapeuta o mencione - o volume de esforço empreendido na terapia está directamente relacionado

a quanto o paciente extrai dela.

As acções contra terapêuticas dos pacientes podem ser empregadas de várias maneiras terapêuticas. O diálogo abaixo demonstra como isso foi feito com um paciente que desejava uma garantia absoluta de que a terapia iria funcionar:

TERAPEUTA: Acho que, se eu lhe desse uma garantia de 100%, você não acreditaria em mim.
PACIENTE: Não, eu acreditaria. Você é a autoridade.
T: Você acha que faz muito sentido acreditar em mim, simplesmente porque sou uma autoridade?
P: Em quem melhor acreditar?
T: Em você, por exemplo. Empregando seu próprio julgamento, você aprende a contar mais consigo.
P: Como é que eu poderia saber alguma coisa, se não acreditasse na palavra das pessoas?
T: Certo. Às vezes, é preciso confiar nos outros para obter informações, mas, para conseguir algumas das melhores informações, você tem que ajudar a si próprio. No que diz respeito a este tipo de terapia, a melhor maneira de descobrir é experimentar e ver. Você será capaz de dizer por si mesmo está ou não fazendo progressos.

9. "A terapia cognitiva de interessa pelas coisas mundanas da vida, e não pelos problemas sérios que me deixam deprimido."

As expectativas do paciente em relação à terapia devem ser levadas em consideração. O terapeuta não deve dizer, "Não podemos falar sobre essas coisas, pois não são importantes". Quaisquer temas que sejam importantes para o paciente serão tópicos de discussão. Entretanto, podem ser discutidos de forma adaptativa, que conduza à autocompreensão e à resolução de problemas.

O terapeuta deve certificar-se de que ele e o paciente estão de acordo quanto aos objectivos e métodos da terapia. Os pacientes precisam acreditar que a terapia faz sentido, logo, cabe ao terapeuta assegurar-se, periodicamente, de que caminham juntos quanto a essas questões. Por exemplo, o paciente deve compreender que a terapia cognitiva se concentra em incidentes concretos porque é mais fácil perder-se em ideias retóricas e metafísicas, O terapeuta deve explicar que deseja compreender o paciente e que a melhor maneira de fazê-lo é tornar a comunicação concreta, clara e sem ambiguidades. As referências concretas e específicas aumentam a comunicação, enquanto o uso de abstracções promove uma multiplicidade de sentidos diversificados.

Os pacientes frequentemente se preocupam com a ênfase nas experiências cotidianas, logo ao início do tratamento. Pode-se dizer-lhes que os temas filosóficos poderão ser discutidos mais tarde, porém é importante que o paciente se torne mais activo e retome a seu estado normal. Muitas dessas questões filosóficas (Quem sou?

Para onde estou indo? O que significa a vida?) podem parecer descabidas, mas, se são importantes para o paciente, devem ser oportunamente discutidas. A terapia cognitiva é flexível e o terapeuta deve ter em mente as expectativas do paciente em relação a ela. Os sonhos, as experiências infantis e a expressão dos sentimentos podem ser discutidos. Se houver um problema ou questão que o paciente considere importante, algum tempo terapêutico pode ser dispendido nessa área.

Os sonhos podem ser interpretados cognitivamente (ver Beck, 1967, pp. 208-217; e Freeman, no prelo). Em geral, os temas dos sonhos têm algo a ver com a maneira como o indivíduo interpreta suas experiências. O terapeuta pode falar sobre o conteúdo dos sonhos, da mesma forma que sobre experiências passadas.

10. "Se as distorções cognitivas negativas me fazem infeliz, isso significa que as distorções cognitivas positivas me farão feliz?"

Essa pergunta pode ser formulada pelos pacientes mais inteligentes. O terapeuta pode esclarecer que, na reacção maníaca, as distorções cognitivas mostram-se muito presentes. Entretanto, as pessoas podem ser felizes

sem distorcer a realidade. Elas parecem obter satisfação máxima quando se dedicam a actividades que executam bem ou quando vivem experiências significativas e prazerosas. Não parece haver distorções nessas ocasiões.

Há momentos em que as pessoas obtêm prazer ao se avaliarem: "sou o máximo, porque aquele indivíduo me fez um elogio", ou "sou maravilhoso por ter conseguido isso". Essas elevadas auto-avaliações se relacionam com o tipo de pressuposições que predispõem alguns indivíduos a depressão e a ansiedade. A satisfação mais duradoura é provavelmente alcançada através do prazer intrínseco de empenhar-se em alguma actividade por ela mesma, e não pelo elogio de terceiros ou pela competição com eles.

11. "Tenho vindo à terapia há quatro semanas e não melhorei nem um pouco."

Deve-se dizer ao paciente que é irreal esperar haver superado a depressão em tão curto período. Além disso, muitos pacientes melhoram sem se dar conta disso. Uma das razões para fornecer o Inventário Beck da Depressão é demonstrar quanto o paciente melhorou ao longo de determinado período de tempo. Essa menstruação auxilia os pacientes a começarem a pensar mais em termos relativos que em termos absolutos.

O terapeuta deve apontar para o facto de que a terapia frequentemente segue um curso irregular, com altos e baixos. Existem diferenças individuais: algumas pessoas superam rapidamente a depressão, mas, para a maioria, trata-se de uma recuperação em ziguezague. A maior parte das pessoas deprimidas anseia por resultados imediatos, porém a terapia é um processo que envolve esforço persistente, sendo irreal esperar uma recuperação imediata.

Eis uma forma pela qual um terapeuta lidou com esse problema:

PACIENTE: Já se vão cinco semanas e não melhorei nem um pouco. Tenho um amigo que foi a um psiquiatra e superou sua depressão em quatro visitas.
TERAPEUTA: Você sabe há quanto tempo ele estava deprimido?
P: Acho que há uns dois meses.
T: Há quanto tempo você está deprimido?
P: Três anos.
T: Você considera realista esperar que uma depressão de três anos seja superada em cinco semanas?
P: Não, acho que não.

12. "Você não pode tratar da minha depressão sem ver a minha mulher também. Ela causou a depressão."

Primeiramente, o terapeuta deve abordar a falácia de "minha mulher causou a depressão". Muitas vezes precisa demonstrar, por diversas maneiras,

que a interpretação dos factos desempenha um papel primordial no desencadeamento da depressão. O terapeuta deve resguardar-se contra a ideia de que outra pessoa possa produzir depressão.

Entretanto, é geralmente uma boa ideia que o terapeuta receba os outros significativos na vida do paciente. Pode-se tratar de um cônjuge, companheiro de quarto, amigo, ou um dos pais (se o paciente morar com eles). Essas pessoas podem ser usadas como "terapeutas auxiliares". É possível ensinar-lhes a ajudar o paciente a cumprir as programações de actividades, monitorar seus pensamentos automáticos e questionar e desafiar essas ideias. Quando um cônjuge é trazido para a terapia, cabe dizer ao paciente: "Não pretendo tomar partidos. Quero ouvir a ambos objectivamente e tentar obter um quadro exacto do que está acontecendo. Falarei com cada um de vocês de maneira directa, sem tomar o lado de um ou do outro."

Obviamente, o terapeuta não pode forçar um cônjuge a vir à terapia. Em tal caso, poderá dizer ao paciente:

Não posso fazer um aconselhamento conjugal com uma pessoa só. No entanto, podemos trabalhar na modificação das coisas que estão a seu alcance e que lhe trazem problemas. Por enquanto, simplesmente tomaremos o comportamento do seu cônjuge como um dado e vamos trabalhar com você. Mais tarde, se parecer aconselhável, você poderá fazer algumas coisas que talvez modifiquem o comportamento inadaptativo de seu cônjuge.

O terapeuta precisa ter o cuidado de não fazer julgamentos adversos quanto ao cônjuge ausente. O paciente provavelmente comentará quaisquer observações negativas e, como consequência, o terapeuta terá um inimigo - e não um alidado - na

casa do paciente.

13. "Sou mais esperto que o terapeuta. Como pode me ajudar?"

Essa atitude pode representar um problema em qualquer forma de terapia. O terapeuta pode dizer ao paciente que, em algumas áreas, ele pode ter maior sucesso ou ser mais brilhante que o terapeuta, mas, no momento, requer ajuda especializada para um tipo específico de problemas. E, já que o terapeuta possui habilidades nessa área, está qualificado para ajudar o paciente muito inteligente. Eles podem formar uma sociedade ideal de trabalho, em que a combinação de suas respectivas técnicas e capacidades aumente a eficácia da terapia. Assim, cabe ao terapeuta enfatizar a lógica da colaboração terapêutica enquanto oposta à abordagem autoritarista, na qual um indivíduo (o terapeuta) impõe suas ideias a outro (o paciente). A mesma explicação pode ser empregada para tranquilizar um paciente que considere o terapeuta "jovem demais" para ajudá-lo.

Convém ao terapeuta esclarecer que a terapia cognitiva funciona melhor quando ele é bem treinado em sua terapia, mas não exige inteligência elevada, seja da parte do terapeuta, seja da do paciente.

O paciente que se acredita mais brilhante que o terapeuta frequentemente procura atraí-lo para debates intelectuais. O terapeuta deve assinalar que esse tipo de actividade não é produtivo. Para demonstrá-lo, pode indagar se a intelectualização do paciente, no passado, solucionou seus problemas emocionais.

14. "Você esta mais interessado em fazer pesquisas que em ajudar-me."

O paciente que participe de uma pesquisa de resultados de tratamento pode alimentar a crença secreta de que está sendo "utilizado simplesmente como cobaia", a menos que o terapeuta indague a esse respeito. Este precisa estar permanentemente cônscio do facto de que os pacientes deprimidos podem distorcer qualquer de suas acções. Muitos problemas potenciais podem ser evitados, se o terapeuta esclarecer o motivo de suas acções. Por exemplo, um terapeuta entrevistou um paciente deprimido diante de um grupo. Sabedor de que alguns membros do grupo teriam que retirar-se em meio à sessão, disse ao paciente, no início: "Algumas das pessoas terão que sair antes de terminarmos. Elas não farão isso por não gostarem de você, mas sim por terem outros compromissos."

Ao desenvolver pesquisas em conjunto com a terapia, cabe ao terapeuta explicar detalhadamente o propósito de sua pesquisa. Deve esclarecer as formas pelas quais a pesquisa beneficia a terapia; os questionários e avaliações externos, por exemplo, fornecem ao terapeuta um relatório mais completo sobre o paciente que as observações do próprio terapeuta.

15. "A terapia cognitiva não vai funcionar porque minha depressão é biológica".

Muitos pacientes crêem que somente as drogas possam ajudar na depressão. Essa crença pode ser em parte neutralizada por uma experiência anterior malsucedida com medicamentos. Ao discutir esse lema, assim como outros, o terapeuta deve fornecer os dados mais exactos disponíveis no momento. Sua credibilidade é particularmente crucial com respeito a essa questão.

Eis um modo pelo qual a questão biológica pode ser discutida com o paciente:

TERAPEUTA: Ninguém conhece ao certo todas as causas da depressão, particularmente num caso individual. Há uma boa possibilidade de que alguns tipos de depressão realmente tenham uma base biológica.
PACIENTE: Se tiver, como pode funcionar a terapia cognitiva?

T: Nossas pesquisas têm demonstrado que ela pode ajudar no seu tipo de depressão.

P: Como pode uma abordagem psicológica tratar um problema biológico?
T: Existe uma ideia, superada, de que a mente e o corpo são separados. Muitos cientistas acreditam hoje que a mente e o corpo trabalham tão de perto que é possível influir em processos fisiológicos através de métodos psicológicos.

Com o paciente mais inteligente, o terapeuta pode discutir a natureza electroquímica do pensamento. Dado que o pensamento envolve actividade electroquímica, a terapia cognitiva pode ser vista como um tipo de intervenção biológica.

16. "Tenho que afirmar minha independência não permitindo que o terapeuta leve vantagem sobre mim".

Os pacientes apresentam diferentes versões dessa crença. Em essência, acreditam que, se combaterem o terapeuta, estarão demonstrando independência. O comportamento anterior (ou actual) do paciente diante de outras figuras de autoridade (pais e professores) frequentemente terá seguido esse mesmo padrão.

É comum haver um breve período de lua-de-mel na terapia: o paciente poderá dizer - "Você é melhor que outros terapeutas que tentaram me ajudar". Aconselha-se o terapeuta a receber tais comentários elogiosos com grande cautela. Finalmente, esse paciente pode começar a assumir o ponto de vista contrário em relação a praticamente tudo que o terapeuta diga e pode recusar-se a cooperar. Quer argumentar para triunfar sobre o terapeuta, não para obter informações, (O terapeuta deve estar consciente de que muitos pacientes se mostram questionadores como forma de testar a realidade, ou para preencher vazios no conhecimento, Em tais circunstâncias, discutir com o paciente pode ser uma intervenção eficaz.)

O terapeuta pode realizar uma defesa sólida de sua posição diante do paciente argumentador, mas deve evitar as discussões prolongadas. Se entrar numa disputa

prolongada de poder com seu paciente, em geral sofrerá com isso. É preferível organizar projectos ou experimentos para testar as hipóteses do paciente e do terapeuta. Este pode transmitir a ideia de que não tem como forçar o paciente a acreditar ou a fazer o que quer que seja e, consequentemente, não há sentido em batalhar por suas ideias. O paciente é, em última instância, responsável por suas ideias, seus comportamentos e as consequências deles. O terapeuta pode apresentar sugestões sobre como o paciente pode alterar essas consequenciais, através da modificação de certas crenças e comportamentos inadaptativos, mas não tem o poder de forçá-lo a mudar suas convicções. O grau de eficácia do terapeuta com esses pacientes é, frequentemente, proporcional a sua maneira não defensiva de

lidar com o comportamento negativo do doente. Deve mostrar-se flexível e pronto a reconhecer que o cliente pode estar levantando um ponto importante.

O terapeuta pode explicar que a belicosidade não é a marca registrada da independência: dizer "não" a tudo pode solapar a acção independente tanto quanto dizer "sim" a tudo.

A estratégia utilizada pelo terapeuta em relação ao paciente dependente, que luta por sua independência rejeitando o terapeuta, consiste em ajudá-lo a pensar por si mesmo. Ele é solicitado a dar sugestões, opiniões e métodos para realizar mudanças. Eis um exemplo de como isso pode ser feito:

TERAPEUTA: O que você gostaria de discutir hoje?
PACIENTE: Estou tendo dificuldades com meu companheiro de quarto.
T: Primeiramente, vamos relacionar quais são esses problemas?
P: O.K. (Paciente e terapeuta redigem então uma lista de problemas específicos).
T: Você gostaria de discutir algumas soluções para esses problemas?
P: Não, mau companheiro de quarto não é meu verdadeiro problema. Não quero falar sobre isso.
T: O.K., vou guardar a lista em minha escrivaninha e, quando você quiser discuti-la, eu a apanharei. Sobre que você gostaria de falar agora?

Uma técnica eficaz para esse tipo de situação é pedir ao paciente que investigue a razão custo-benefício de agir segundo essa conceituação de independência. E solicitado a pesar os ganhos da satisfação egóica de lutar contra o terapeuta, comparados à perda da oportunidade de trabalhar com ele para superar os problemas emocionais. Se o paciente acreditar que a balança pende a favor de "brigar", o terapeuta deve concordar, sob a condição de que avaliem os benefícios ao final de um período determinado. O paciente frequentemente se dá conta de que suas vitórias sobre os outros são vazias e de que, no processo, terá perdido um grande volume de tempo, que jamais poderá ser recuperado.

COMPORTAMENTOS CONTRATERAPÊUTICOS D0 PACIENTE

1. O paciente recusa (ou não consegue) falar na terapia.

Existem vários métodos para encorajar o paciente a comunicar-se na terapia. O terapeuta pode reforçar, verbal e não-verbalmente, o que ele efectivamente diz. Pode também dizer-lhe: "Você não tem que falar, Terei pra-

zer em falar, por enquanto". Retirar a pressão para falar pode neutralizar a ansiedade que está bloqueando o paciente.

O paciente pode ser solicitado a escrever e trazer material para ler ou a ser lido pelo terapeuta, concernente àquilo que o incomoda. Se se mostrar extremamente relutante a falar, pode fazer sinais com as mãos para responder às perguntas, ou para indicar concordância/discordância do que diz o terapeuta. O terapeuta pode dizer, "Erga sua mão direita se eu estiver no caminho certo, a esquerda se estiver fora... agora, vamos testar o sistema. Você está pensando em sua impossibilidade de falar?" O procedimento pode ser empregado para facilitar a comunicação do paciente. Outro procedimento não padronizado consiste em o terapeuta dar uma caminhada com o paciente, em lugar da entrevista formal; enquanto andam, alguns pacientes parecem perder suas inibições acerca de colocar seus pensamentos em palavras.

2. O paciente inventa deliberadamente ou procura manipular o terapeuta.

Em geral, considera-se que o paciente esteja dizendo a verdade, da maneira que a percebe, a menos que se descubra que o inverso é verdadeiro. Por vezes, as distorções do paciente podem parecer apresentar todas as características de uma mentira, mas constituírem, efectivamente, um autêntico erro. Quando as distorções deliberadas do paciente obstaculizam a terapia, cabe ao terapeuta confrontá-lo com o assunto. Uma área de discussão extremamente fecunda é por que razão o paciente acredita ter que fazer uma representação postiça de si mesmo, falsear ou reter informações cruciais e enganar o terapeuta. Esse comportamento poderia resultar de uma desconfiança básica no terapeuta, do medo de desagradá-lo, ou representar uma tentativa de manipulá-lo. Essas manobras podem também fundamentar-se na crença de que precisa proteger-se de ser manipulado pelo terapeuta. Uma discussão nessa área poderia aprimorar o relacionamento paciente/terapeuta e levar a terapia adiante.

3. O paciente desenvolve uma "transferência" incapacitadora, positiva ou negativa, em relação ao terapeuta.

Quando ocorre um problema de "transferência", convém deslocar o foco da terapia cognitiva para uma discussão dos assuntos pessoais. O primeiro passo é

esclarecer o problema. Uma das formas pelas quais o terapeuta pode solapar uma relação terapeuta/paciente contraproducente é investigar os sentimentos e atitudes do cliente.

Muitas vezes, os pacientes têm ideias contraproducentes não verbalizadas sobre o terapeuta e convém torná-las explícitas. Pode considerar o

terapeuta jovem demais, velho demais ou do sexo errado para ajudá-lo. Uma vez que os problemas sejam apontados, podem ser discutidos e avaliados. Se o terapeuta mostrar-se demasiado positivo e optimista ao início da terapia, estará preparando o terreno para que, mais tarde, o paciente se sinta decepcionado e traído.

Quando o paciente se enfurece com o terapeuta, este pode dissipar sua raiva mantendo uma atitude não defensiva, valendo-se do humor ou usando uma digressão: "Já ouve alguma pessoa, em seu passado, com quem você tenha ficado tão zangado quanto está comigo?" Depois que a raiva houver diminuído, o terapeuta pode engajar o paciente a explorar sua fonte.

É preferível, para o terapeuta, expor e examinar a impressão do paciente de que ele o está rejeitando, do que tentar impedir o surgimento dessas ideias sobrecarregando o paciente com demonstrações de dedicação, interesse e afecto. Se as ideias do paciente forem distorcidas ou exageradas, poderão ser exploradas e submetidas à testagem na realidade. Isso não apenas contribui para a relação terapêutica, mas proporciona ao paciente um valioso exercício in vivo para identificar e refutar suas interpretações erróneas. Mesmo quando as observações do cliente são exactas, podem fornecer material valioso para a exploração do significado dessas percepções. Por exemplo, um paciente deprimido pode acreditar que o terapeuta não conseguirá ajudá-lo, se o considerar "apenas mais um paciente"; que, se o terapeuta não o tiver em elevado conceito, ele, paciente, será "sem valor"; que, se o terapeuta não sentir estima por ele, ninguém poderá amá-lo.

A revelação dessas crenças pouco razoáveis é potencialmente de grande ajuda para demonstrar as tendências "catastrolizantes" do paciente e suas categorizações dicotómicas e absolutistas (tudo-ou-nada). Em geral, é útil tentar investigar essas crenças disfuncionais ainda que o terapeuta sinta, na verdade, calor e preocupação por seu paciente. O terapeuta pode dizer, "Vamos admitir, para efeito de ilustração, que eu me sinta neutro em relação a você; o que significaria isso a seus olhos?" Tal indagação frequentemente libera uma torrente de previsões medonhas, como, "Seria terrível... eu não poderia suportar outra rejeição", ou "Como pode você ajudar-me, se não se importa comigo?"; "A única coisa que me tem mantido é saber que você quer ajudar-me. Acho que me mataria, se você não quisesse". Esses tipos de declarações são geralmente pronunciados com expressões de acentuado sofrimento e levam directamente às crenças irracionais subjacentes.

Alguns pacientes desenvolvem atitudes fortemente: positivas ou negativas em relação ao terapeuta, como uma forma de desviar a atenção de assuntos dolorosos ou

embaraçosos. Alguns, por exemplo, começam a comportar-se negativamente face ao terapeuta por terem desenvolvido fantasias eróticas sobre ele.

306

O terapeuta pode evitar problemas de transferência positiva viscosa com pacientes do sexo oposto usando uma aliança de casamento e dando a perceber, subtilmente, que é casado. Se ocorrer transferência positiva, pode dizer ao paciente que esse tipo de sentimento não é incomum na terapia. Pode então converter essa reacção numa vantagem terapêutica, investigando por que o cliente se sente daquela forma a respeito dele: que outras coisas estão acontecendo em sua vida? Talvez haja um vazio com respeito aos demais relacionamentos. O terapeuta deve tomar ciência dos sentimentos do paciente, estimular sua expressão e esclarecer suas origens, mas não fazer um grande alarde sobre eles.

4. O paciente fala demais na terapia e se perde em digressões.

Pacientes que estiveram em terapias nas quais se esperava que falassem a sessão inteira têm que ser reorientados para a terapia cognitiva. O terapeuta pode esclarecer que, na terapia cognitiva, ele geralmente fala uma parcela do tempo: a terapia é um diálogo e não um monólogo (seja pelo paciente, seja pelo terapeuta).

Quando o cliente tende a divagar ou a falar com muitos rodeios, o terapeuta deve trazê-lo de volta ao tema principal. A postura do terapeuta é a de que a narrativa de material redundante rouba o tempo necessário para cobrir os assuntos fundamentais, dentro dos limites da terapia breve. Não se deve ter medo de interromper, diplomaticamente, o paciente.

Pode-se dizer ao cliente que o volume de discussões potenciais é praticamente infinito, mas o tempo é finito. O tempo destinado à sessão terapêutica deve ser criteriosamente utilizado e a sessão deve ser regulada para distribui-lo satisfatoriamente.

Medidas mais concretas podem tornar-se necessárias com alguns pacientes. Podem incluir o uso de um cronómetro, para limitar o volume de tempo em que o cliente fala. Pode-se chegar a um acordo quanto a algum tipo de deixa que indique que o paciente está divagando, tal como fazer soar uma campainha ou dar uma pancadinha na mesa. Além de manter a terapia "no alvo", esse método pode ajudar o paciente a aprender a focalizar seu raciocínio de modo mais eficaz.

5. O paciente abusa dos privilégios telefónicos.

Os telefonemas podem ser utilizados de três maneiras na terapia: (1) o terapeuta, como parte da rotina, dá ao paciente seu número residencial e lhe pede que telefone em caso de crise. No tratamento de pacientes depressivos e suicidas, esse arranjo pode salvar uma vida. (2) Nos estágios iniciais do tratamento, o terapeuta pode solicitar ao

paciente que lhe telefone

quando houver completado uma tarefa, Isso pode contribuir para motivar o paciente a realizá-la. (3) Quando o paciente não pode comparecer ao consultório ou está fora da cidade, a terapia pode ser conduzida por telefone. Nesses casos, a agenda das sessões deve ser estruturada ao início do chamado.

Quando, em alguns raros casos, o cliente abusa desses privilégio telefónicos, provavelmente estará usando o telefono para reduzir a ansiedade. Sendo esse o caso, ensina-se-lhe a controlar sua ansiedade por meios outros que não os telefonemas. Se o padrão persistir, o terapeuta deve dizer-lhe que a consequência natural de abusar desse privilégio é perdê-lo. Os pacientes geralmente reagem aprendendo a tolerar a ansiedade através do desenvolvimento de técnicas construtivas para reduzi-la.

6. O paciente se atrasa cronicamente e falta às sessões.

É nossa política deixar que os pacientes completem o restante da hora quando se atrasam. O terapeuta procura determinar as razões para esse comportamento, sem parecer acusador. Como norma geral, os terapeutas mantêm limites estritos acerca da mecânica dos pagamentos e das consultas. Sua postura, em termos gerais, é a de que há muito trabalho importante a ser feito para permitir que o tempo disponível seja restringido pelas demoras ou outros problemas evitáveis. O paciente com tais problemas crónicos é informado de que, se quiser que o tratamento seja bem-sucedido, deverá seguir as normas. Se um paciente se atrasa por não poder evitá-lo, o terapeuta deve procurar ser flexível para dar-lhe a oportunidade de compensar o tempo perdido.

7. O paciente tenta prolongar a entrevista.

De modo geral, o terapeuta deve ser firme, terminando a sessão dentro do "tempo previsto". Alguns pacientes fazem com que a interrupção pareça arbitrária ou embaraçosa, por não regularem adequadamente seu tempo ou por trazerem material importante ao final da sessão.

O terapeuta pode contribuir para terminar a sessão num clima de finalização, incitando o paciente com observações do tipo - "vejo que temos apenas cerca de dez minutos mais e gostaria de passar às tarefas de casa". Para evitar que o paciente deixe questões importantes para o final da sessão, o terapeuta deve assegurar-se de que o preparo da agenda, no início da entrevista, é suficientemente abrangente. Pode dizer, por exemplo; "Você está certo de que não esquecemos nada importante? Eu detestaria que surgisse algo no final da sessão e não tivéssemos tempo para discuti-lo". Caso o paciente levante uma questão de relevo ao final da sessão, deve-se sugerir que a escreva, ao lado das possíveis soluções, e que traga o material na sessão seguinte.

308

Se o terapeuta adoptar a rotina comum de separar algum tempo antes do final da sessão - para resumir os pontos principais, obter feedback do paciente sobre a entrevista, ou preparar as tarefas a serem atribuídas para casa, poderá observar que, em geral, o paciente se encaixa na rotina.

309

capítulo 15

PROBLEMAS ASSOCIADOS AO TÉRMINO E À RECAÍDA

PREPARANDO O TÉRMINO

Dado que a terapia cognitiva é limitada no tempo, os problemas associados ao término não são, usualmente, tão complexos quanto os associados às formas mais longas de tratamento. Entretanto, muito do benefício da terapia cognitiva pode perder-se em função de um fechamento inapropriado ou inábil. Por essa razão, é importante que o processo de conclusão da terapia seja trabalhado de modo tão eficaz e suave quanto possível. Quando o encerramento é bem elaborado, o paciente tem maiores probabilidades do consolidar os progressos e de generalizar as estratégias para lidar com problemas futuros.

A questão do encerramento deve ser mencionada periodicamente ao longo da terapia. Desde o início, o terapeuta frisa ao paciente que ele não estará em tratamento indefinidamente e que lhe será demonstrado como lidar, por si mesmo, com seus problemas psicológicos. As "reacções do transferência positiva" não são encorajadas; antes, o terapeuta busca apresentar-se realisticamente no processo da terapia. Essa "desmistificação" da terapia tem o efeito de opor-se à dependência do paciente face ao terapeuta e a qualquer crença na "mágica" da terapia. Ao longo do tratamento, o paciente é encorajado a tornar-se mais independente e autoconfiante. À medida que a terapia progride, ele desempenha um papel cada vez mais activo na identificação de problemas-alvo e na escolha de estrat6gias. Isso prepara o terreno para que o paciente se tome seu próprio terapeuta.

Os terapeutas podem reduzir ainda mais os problemas do encerramento, enfatizando a natureza educacional do tratamento. Podem esclarecer que o paciente precisa adquirir conhecimentos, experiência e técnicas especializadas para lidar com certos tipos de problema; a terapia é um pe-

310

ríodo de treinamento em que o paciente aprende maneiras mais eficazes de enfrentar esses problemas. Não lhe é solicitado e nem se espera que adquira completo domínio dessas técnicas ao longo do tratamento: a ênfase é colocada, em vez disso, no

crescimento e no desenvolvimento. O paciente terá muito tempo, depois da terapia, para aprimorar suas habilidades cognitivas e comportamentais para fazer face às dificuldades.

Antes da última sessão, os pacientes frequentemente manifestam dúvidas e preocupações acerca de deixar a terapia. É preferível trabalhar essas preocupações tão logo sejam mencionadas. Um paciente, por exemplo, em sua décima-segunda sessão, começou a duvidar se conseguiria manter sua melhora depois que o tratamento terminasse (após a décima-quinta sessão). O terapeuta lhe pediu que relacionasse e respondesse a seus pensa mentos disfuncionais sobre deixar a terapia.

Esses foram seus pensamentos:

1. "Não serei capaz de me disciplinar, depois que a programação houver terminado".
2. "Não conseguirei aprender a terapia suficientemente bem e voltarei a meu velho modo de ser".
3. "Se sofrer uma crise de ansiedade, não saberei lidar com da e esquecerei o que aprendi".

Suas respostas a esses pensamentos foram as seguintes:

1. "Isso são ideias, não factos".
2. "Tenho agora algumas ferramentas com que trabalhar e terei ainda mais antes de terminar a terapia".
3. "Reconheço que, para aprimorar os métodos, tenho que continuar a praticá-los".
4. "Mais uma vez, vejo que ainda estou tentando ser perfeito; se eu cometer algum erro, aprenderei alguma coisa cada vez que o fizer".
5. "Estou progredindo e acredito que estarei preparado para lidar com a ansiedade quando ela surgir".

Esse é mais um exemplo de como o terapeuta pode usar o paciente como uma "pessoa de recursos" para fornecer respostas a pensamentos perturbadores. Sempre que possível, é melhor que o próprio paciente responda a seus pensamentos disfuncionais. Responder realisticamente, dessa maneira, constitui um exemplo dos tipos de aptidões que esperamos que o paciente adquira.

PREOCUPAÇÕES DO PACIENTE QUANTO AO ENCERRAMENTO

A despeito da preparação do terreno para um término suave da terapia, vários problemas associados ao encerramento surgem, frequentemente, próximo ao final do tratamento. Uma preocupação comumente manifesta pelos pacientes é não estarem

"completamente curados". Isso vem geralmente acompanhado da crença de que não podem elaborar seus problemas sem a ajuda do terapeuta. Este conta com várias opções para lidar com essa questão. Uma abordagem consiste em concordar com o paciente em que "ele não está 100% sadio mentalmente", acrescentando, no entanto, "assim como nenhuma outra pessoa". A dicotomia irreal do paciente "doente" versus "curado" pode ser então discutida. O terapeuta pode assinalar que a saúde mental não é uma dicotomia, mas antes um continuum, ao longo do qual existem muitos pontos. Utilizando exemplos da terapia para demonstrar como o paciente se deslocou nesse continuum durante o tratamento, pode assinalar circunstâncias nas quais o paciente enfrentou sozinho problemas pessoais difíceis.

Pode-se usar a dicotomia "doente versus curado", apresentada pelo paciente, para ilustar seu pensamento tudo-ou-nada e os padrões autoderrolistas e idealistas. Cabe então rever e reforçar o objectivo inicial da terapia: ensinar ao paciente maneiras mais eficazes de lidar com seus problemas, e não "curá-lo" ou reestruturar sua personalidade. Declara-se ao paciente que a melhor maneira de aprimorar suas técnicas é praticá-las nos problemas inevitáveis com que se irá deparar. É conveniente frisar que o paciente não deve esperar ter completo domínio de seus problemas psicológicos, mas dizer-lhe que aprenderá a cada nova tentativa. O terapeuta pode valer-se de analogias que sejam significativas para o paciente (aprendizagem de esportes, aptidões vocacionais, línguas estrangeiras etc.) para demonstrar como o crescimento provém de uma interacção entre erros, feedback e experiências bem-sucedidas. Assim, cada "erro" pode ser encarado positivamente, como uma informação a ser empregada para aprimorar a habilidade pessoal.

O paciente pode acreditar não estar preparado para terminar a terapia, em vista de um problema real não solucionado. Pode tratar-se de um problema no trabalho, dificuldades no casamento ou questões não solucionadas com seus pais. Se essas situações forem por ele definidas realisticamente, o terapeuta pode reforçá-lo por haver aprendido a separar os problemas reais dos pseudoproblemas. Cabe enfatizar ao paciente que a terapia cognitiva não é mágica e não pode prevenir ou eliminar todos os problemas: ser humano é lidar com problemas. Os processos cognitivos e comportamentais que o paciente aprende na terapia, entretanto, podem ser empregados para resolver mais eficazmente alguns desses problemas. O terapeuta

pode indagar-lhe como agiria para solucionar algumas das dificuldades que antevê. O paciente deve ser encorajado a ver os problemas futuros como desafios que irão ajudá-lo a consolidar seus ganhos.

Por vezes, o paciente interpreta mal as flutuações negativas em seu ânimo, ficando assim ainda mais perturbado. Por exemplo, pode sentir-se ansioso a respeito de sentir ansiedade. Essa experiência pode ocorrer perto do final do tratamento, quando vivência dúvidas sobre sua capacidade de lidar sozinho com problemas emocionais. Pode interpretar mal as variações normais de ânimo, como sinais de que

sua depressão está voltando. A estratégia, aqui, consiste em levá-lo a avaliar seu ânimo realisticamente e desafiar quaisquer pensamentos automáticos depressogênicos.

Uma preocupação frequente nos pacientes é ficarem novamente deprimidos após o término da terapia. Eis uma das formas pelas quais essa preocupação pode ser trabalhada:

PACIENTE: Você pode garantir que não vou ficar deprimido novamente?
TERAPEUTA: é provável que você fique deprimido de novo.
P: Então, como é que estou melhor agora do que quando comecei a terapia?
T: O que você aprendeu aqui?
P: Bem, aprendi a controlar o que provoca minha depressão – meus pensamentos e atitudes negativos.
T: O que você tem agora são ferramentas para controlar a frequência com que ficará deprimido, quão grave será sua depressão e por quanto tempo permanecerá deprimido.
P: Jamais quero voltar a ficar deprimido.
T: Isso é decerto compreensível, mas a natureza da depressão é tal que é frequentemente difícil impedir sua reincidência. No entanto, a intensidade, frequência e duração dela ficam sob controle. Na verdade, a reincidência de uma depressão suave poderia ser benéfica… Quais seriam algumas das vantagens de ficar deprimido, depois que você sair do tratamento?
P: Eu poderia praticar as técnicas que aprendi… Poderia provar a mim mesmo que posso superar a depressão e, portanto, não sentirei medo de não poder lidar com ela.
T: Portanto, de acordo com sua descrição, um embate suave com a depressão poderia fortalecê-lo.

A experiência de uma recaída próxima ao final do tratamento pode indicar que o paciente está empenhado numa espécie de teste de realidade, isto é, está testando sua capacidade de enfrentar a depressão. Isso foi explicitamente exposto por um paciente: ele acreditava que, se pudesse deprimir-se tendo pensamentos negativos e, em seguida, superar a depressão empregando o que aprendera, estaria pronto para deixar a terapia. Por um dia inteiro, deliberadamente invocou pensamentos negativos, tornando-se, consequentemente, disfórico. No dia seguinte, empregou com sucesso o

que aprendera na terapia para superar seu humor sombrio. Usou então esse experimento como prova de que estava preparado para deixar a terapia.

O terapeuta pode valer-se de um procedimento padronizado semelhante para demonstrar que o paciente pode controlar seu afecto. Primeiramente, o cliente é solicitado a pensar tão negativamente a respeito de si mesmo e de seu futuro quanto conseguir. A seguir, responde a suas ideias negativas de um ponto de vista mais equilibrado e reavalia suas emoções. Esse procedimento surte muitas veles o efeito de neutralizar a crença do paciente de que não será capaz de lidar com sua disforia

quando deixar o tratamento.

Outro método que o terapeuta pode usar para promover um fechamento suave da terapia consiste em desafiar o progresso do paciente. Nesse processo, actua como advogado do diabo e expõe muitas das ideias negativas originais do cliente, enquanto este procura retrucar a esses pensamentos. Abaixo está um exemplo de como essa técnica foi empregada com um paciente:

TERAPEUTA: Você parece estar O.K. agora, mas, e se começar a se sentir por baixo e pensar. "Estou deprimido de novo. As técnicas que aprendi simplesmente não funcionam"? Como responderia a isso?
PACIENTE: Sei que funciona, porque já estive deprimido e consegui superar a depressão.
T: Mas, dessa vez, é diferente. Nenhuma técnica conseguiria tirá-lo dessa depressão.
P: Não tenho nenhuma prova de que os procedimentos cognitivos não funcionarão desta vez.
T: É, mas você está sem dinheiro, sua saúde está péssima e sua filha se sente infeliz.
P: Isso não quer dizer que não terei dinheiro no futuro e, mesmo que não tenha, não preciso ficar deprimido. Não há provas de que minha saúde esteja realmente mal. E, além disso, minha filha é responsável por sua própria felicidade.
T: Você parece capaz de responder a esses pensamentos.
P: É, pareço capaz de levar as coisas que aprendi aqui em minha mente.

Esse tipo de processo de inversão de papéis pode contribuir para imunizar o paciente contra as recaídas. O terapeuta pode trazer para o tratamento um senso de conclusão, ao resumir o progresso alcançado. Um método ainda melhor consiste cm fazer com que o paciente resuma a terapia seguindo seu ponto de vista, solicitando-se-lhe que traga, na última sessão, um ensaio em que a avalie e sintetize.

No encerramento, várias emoções podem ser experimentadas pelo paciente. Podem ir da raiva à tristeza. Geralmente, uma abordagem de espelho é improducente nos estágios iniciais do tratamento da depressão. Contudo, nos estágios finais, quando o paciente traz sua depressão sob

controle, essa abordagem pode ser útil. O terapeuta esclarece e reflecte os sentimentos que o paciente possa ter acerca de interromper a terapia. Pode-se discutir a propriedade de vivenciar esses sentimentos. O terapeuta pode ainda optar por discutir seus próprios sentimentos por encerrar um relacionamento muito intenso.

Por veles, convém marcar uma "sessão de reforço" para várias semanas após o encerramento, informando também ao paciente que ele pode telefonar para o terapeuta se tiver problemas. Em muitos casos, o simples facto de saber que pode telefonar é suficiente para ajudá-lo a atravessar períodos difíceis.

ENCERRAMENTO PREMATURO

ALÍVIO RÁPIDO DE SINTOMAS

Os pacientes às vezes reagem rapidamente ao tratamento, desaparecendo os sintomas da depressão em poucas sessões. Isso pode dever-se a diversos factores, tais como o entusiasmo e a expectativa do terapeuta, ou a crença do paciente de que o terapeuta pode solucionar magicamente todos os seus problemas. Em alguns casos, os pacientes terão sido capazes de resolver problemas reais que os vinham incomodando e não mais necessitam de terapia. Também é possível que o alívio da depressão represente, simplesmente, o "curso normal da doença" (remissão espontânea), não estando relacionado à intervenção terapêutica. Na maioria dos casos, o encerramento prematuro é desaconselhável, pois os factores psicológicos que predispuseram o paciente à depressão não terão sido delineados ou modificados.

Há diversas maneiras de trabalhar o encerramento prematuro. Uma delas consiste em estruturar, desde o início, uma duração específica para a terapia. Pode-se informar ao paciente que, ocasionalmente, as pessoas reagem depressa a esse tipo de tratamento, mas é extremamente importante trabalhar as pressuposições disfuncionais subjacentes e o sistema de crenças. Para evitar o encerramento não programado, convém chegar a um acordo, no início do tratamento, no sentido de que os pacientes comparecerão a uma sessão final depois de haverem decidido deixar a terapia.

Frequentemente, o paciente não se sente motivado a prosseguir na terapia uma vez que se sinta melhor. Nesses casos, o terapeuta terá que desenvolver outros motivadores. Aqui poderão incluir-se outros problemas que o cliente deseje que sejam trabalhados, tais como a perda de peso ou a educação de crianças. Se o paciente se mostrar determinado a deixar a terapia, o terapeuta deve deixar-lhe aberta a possibilidade de voltar, se o considerar necessário.

REACÇÕES NEGATIVAS AO TERAPEUTA

O paciente pode abandonar prematuramente a terapia por estar zangado ou desapontado com o terapeuta. Com frequência, se se afasta por essa razão, pode querer voltar mais tarde, porém sente-se demasiadamente embaraçado para fazê-lo. Nesses casos, um telefonema ou carta ao cliente, declarando que ele será bem-vindo na terapia em qualquer época futura, proporciona-lhe um meio de voltar sem experimentar vergonha ou embaraço. Se possível, o terapeuta deve ainda procurar investigar, com bastante tacto, as reacções negativas específicas do paciente em relação a ele, com o objectivo de esclarecê-las.

AUSÊNCIA DE MANUTENÇÃO DE MELHORIA OU RECAÍDA DURANTE O TRATAMENTO

É pouco comum que o paciente mostre uma melhora em linha recta durante a terapia. Muitos exibem flutuações frequentes do nível de sua depressão, especialmente nas primeiras semanas do tratamento. Outros revelam uma intensificação acentuada dos sintomas após um período de progressos bastante regular. Outros ainda podem passar oito a dez sessões sem demonstrar a obtenção de qualquer benefício tangível do tratamento. Em cada um desses casos, a ausência de melhora continuada ou o agravamento da depressão podem acarretar um sentimento de desesperança e inutilidade, estimulando o desejo do paciente de abandonar a terapia ou de parar de executar suas tarefas de casa.

O curso do agravamento da sintomatologia é aproximadamente o seguinte: em resposta a um aparente revés, o paciente tende a empregar seu padrão de pensamento depressivo típico (abstracção selectiva, exagero, hiper-generalização) e vivenciar ideias como "A terapia não me ajudou em nada; fez-me piorar"; "Estive iludindo a mim mesmo ao pensar que poderia melhorar. De facto, não estou nada melhor do que quando comecei"; "A terapia não ajudou nada; não fiz qualquer progresso". Esses pensamentos negativos conduzem então a uma maior disforia e a um aumento na tristeza e no desânimo. A intensificação das emoções desagradáveis presta-se então a alimentar ideias negativas ainda mais extremadas e, desse modo, o círculo vicioso do pensamento negativo que conduz à maior disforia torna-se progressivamente pior. Como se acha indicado anteriormente, o paciente pode, a essa altura, faltar às consultas, evitar fazer as tarefas de casa, ou decidir abandonar o tratamento.

Pura lidar com esse problema específico, o terapeuta deve ter em mente que as recaídas são esperáveis durante o tratamento. Além disso, lidar a contento com essa reincidência pode ser a melhor forma de "imuni-

zar" o paciente contra uma recaída séria após o término da terapia. A maior parte: dos programas de tratamento de uma diversidade de problemas (tais como a obesidade, o alcoolismo, a ansiedade crónica etc.) tende a tropeçar porque os progressos da terapia não são mantidos após a conclusão do tratamento. É fundamental, portanto, estabelecer como objecto terapêutico um programa que capacite o paciente a enfrentar pioras brandas ou moderadas, a fim de que não se tornem completas recaídas. Assim, se o paciente começa, de facto, a escorregar durante o tratamento, o terapeuta dispõe de uma oportunidade essencial para usar esse acontecimento para fornecer-lhe mecanismos de enfrentamento aos quais possa recorrer após o término da terapia.

Os procedimentos abaixo devem ser empregados pelo terapeuta para lidar com o problema específico das recaídas ou da demora na reacção ao tratamento.

1. Nas primeiras entrevistas, o terapeuta deve preparar o paciente para esperar flutuações no nível da depressão, ou mesmo um período prolongado de aparente falta de reacção à terapia.

2. Cabe ao terapeuta explicar também que aprender a lidar com a exacerbação de sintomas pode ser uma das experiências de aprendizagem mais importantes na terapia, que pode proporcionar as ferramentas para opor-se às recaídas após seu término. Advogamos firmemente a conveniência de o terapeuta dar ao paciente essa explicação na primeira ou na segunda entrevista.

3. Tanto o terapeuta quanto o paciente devem estar alertas e sensíveis para as indicações de que esteja ocorrendo uma exacerbação dos sintomas. O paciente pode ter consciência de estar escorregando e seus escores numa das escalas de avaliação de sintomas, como o Inventário da Depressão, podem mostrar-se aumentados. Além disso, ambos podem prever uma exacerbação dos sintomas se o paciente estiver prestes a enfrentar alguma tensão que, no passado, haja produzido um agravamento dos sintomas. Essas tensões podem dever-se à antevisão de uma possível experiência de fracasso, um confronto com um cônjuge, amigo íntimo ou empregador, ou uma perda grave iminente.

4. Quando se prevê uma situação desse tipo, o terapeuta deve fornecer ao paciente instruções como as relacionadas adiante e trabalhar com ele para ampliá-las ainda mais, para que fique adequadamente preparado para usar suas estratégias de enfrentamento:

a. O paciente deve escrever o acontecimento específico que pode estar precipitando o aumento de sua depressão.

b. Deve lembrar-se de que essa recaída era esperada e de que tanto ele quanto o terapeuta estão preparados para empregar técnicas correctivas.

c. Deve registrar por escrito os pensamentos automáticos negativos eliciados pelas circunstâncias adversas.

d. Deve também anotar alguns de seus "desejos automáticos", tais como o de desistir e o de abandonar o tratamento.

Em muitos casos, é conveniente preparar o paciente antes de um aumento de sintomas esperado, dando-lhe uma amostra das cognições negativas previsíveis, assim como das respostas racionais a elas. A seguinte representação esquemática, por exemplo, poderia ser redigida e entregue ao paciente:

Pensamento automático: Estou muito pior hoje. A terapia não me ajudou em nada. Resposta racional: Na verdade, exibi uma melhora contínua até a semana passada, tive uma porção de problemas esta semana e era esperável que me sentisse pior. Um ou dois dias ruins, no entanto, não anulam todos os bons dias que tive no mês passado, desde que comecei o tratamento.

Pensamento automático: Minha depressão sobe e desce. Vem e vai. Será assim pelo resto de minha vida e não há nada que eu possa fazer a respeito.

Resposta racional: Tenho maior controle sobre minha depressão agora do que no

passado. Considerando que está um pouco pior, posso usar esta oportunidade para aplicar algumas de minhas ferramentas aos pensamentos negativos que estão brotando novamente.

Ensaio cognitivo para prevenir recaídas: Quando o paciente não experimenta essas exacerbações durante a terapia, pode ainda assim convir ao terapeuta ensaiar com ele o tipo de respostas pré-programadas relacionadas, para que ele as possa empregar após o tratamento. A menos que o paciente faça parte de alguma pesquisa, pode também ser-lhe conveniente telefonar ao terapeuta ou comparecer a uma sessão de "reforço", caso uma exacerbação pareça iminente.

O tipo de espiral descendente descrita anteriormente é um presságio particularmente mau com o paciente propenso ao suicídio. Como se mostrou no capítulo dedicado ao suicídio, é extremamente importante que o terapeuta treine esse paciente a intervir vigorosamente ao primeiro sinal de desânimo ou de activação de impulsos suicidas.

RECAÍDA APÓS O TRATAMENTO

Embora vários estudos sobre os resultados demonstrem que a recaída após o término da terapia ocorre com menor frequência depois da terapia cog-

nitiva que em seguida a outros tratamentos, é fundamental que o paciente e o terapeuta estejam preparados para lidar com essa eventualidade. Algumas vezes, a recorrência ou exacerbação de sintomas pode durar apenas alguns dias e convém ao paciente, após verificação com o terapeuta, empregar suas técnicas de enfrentamento para gerir os sintomas e problemas relevantes.

Se, entretanto, a depressão perdura, uma sessão terapêutica é aconselhável. Por vezes, isso pode ser feito por telefone, embora a entrevista pessoal seja geralmente preferível. Temos observado que, mesmo quando a gravidade da depressão por ocasião da recaída é tolo intensa quanto antes do início da terapia, os pacientes mostram uma resposta mais rápida que a anterior. De certo modo, a recaída pode servir a uma finalidade útil: dá ao paciente a oportunidade de praticar suas diversas estratégias de enfrentamento. Além disso, pode motivá-lo a dispender maior energia na prática de sua "auto-terapia", após o término da programação formal do tratamento.

Temos notado que a frequência e a gravidade das recaídas se reduzem grandemente quando o período inicial da terapia cognitiva é completado através de diminuição progressiva: por exemplo, duas sessões por mês, seguidas por uma sessão mensal e estendendo-se gradualmente para uma visita a cada três meses. Finalmente, sessões de reforço regularmente programadas uma a duas vezes ao ano dão ao paciente a possibilidade de continuar a consolidar os ganhos feitos na terapia.

capítulo 16

TERAPIA COGNITIVA DE GRUPO PARA PACIENTES DEPRIMIDOS

Steven D. Hollon e Brian F. Shaw*

INTRODUÇÃO

A maior parte deste volume é dedicada à discussão da prática da terapia cognitiva no tratamento individual da depressão unipolar. Neste capítulo, exploraremos a utilização das sessões de terapia cognitiva de grupo. Desde que seja eficaz, a modalidade de tratamento em grupo possui uma vantagem pragmática fundamental sobre as sessões individuais: mais pacientes podem ser tratados individualmente, num determinado período de tempo, por terapeutas profissionais treinados.

Este capítulo focalizará as vantagens e desvantagens de implementar a terapia cognitiva em grupos. A segunda e maior parte do capítulo será dedicada a uma apresentação detalhada dos processos reais presentes na prática da terapia cognitiva de grupo. A parte final do capítulo examinará os diversos estudos que compararam a terapia cognitiva de grupo com (1) tipos alternativos de terapia de grupo e (2) terapia cognitiva individual.

TERAPIA DE GRUPO PARA A DEPRESSÃO CONSIDERAÇÕES GERAIS

Tradicionalmente, os pacientes moderada ou gravemente deprimidos e/ou suicidas foram considerados candidatos precários à terapia de grupo (Chris-

tie, 1970). As preocupações sobre tais pacientes foram de dois tipos: em primeiro lugar, temia-se que as necessidades particulares e intensas desses pacientes ou não pudessem ser atendidas num contexto grupal, ou, pior ainda, que seu estado pudesse deteriorar-se ainda mais num ambiente de grupo. Nesse contexto, a combinação de inibições no desempenho verbal com auto-ajustamentos negativos poderia facilmente promover comparações desairosas com outros membros do grupo, menos deprimidos, mais verbais ou menos acentuadamente perturbados. Em segundo lugar, esses pacientes são vistos como potencialmente destrutivos aos processos de grupo. A autocentração, o pessimismo invariável, o desejo de alívio imediato de sintomas e a rejeição das sugestões de terceiros, característicos dos pacientes deprimidos, são frequentemente percebidos como empecilhos à geração de processos terapêuticas de grupo.

Yalom (1970) observou que as considerações anteriormente apresentadas seriam menos uma contra-indicação de terapia de grupo para pacientes deprimidos que uma contra-indicação à inclusão de pacientes deprimidos em grupos heterogéneos quanto

aos respectivos alvos do tratamento. O trabalho com grupos homogéneos de pacientes deprimidos bem pode revelar-se um meio eficaz de contornar problemas como (1) a intensidade do foco, (2) as autocomparações negativas e (3) fenómenos indesejáveis do processo de grupo. O uso desses grupos homogéneos foi recomendado tanto para pacientes suicidas (Farberow, 1972) como pacientes deprimidos (Shaw, 1977).

A natureza da terapia empregada, assim como a homogeneidade dos grupos parecem ser considerações críticas. O esforço de tratar grupos de pacientes homogeneamente deprimidos com a psicoterapia tradicional não surtiu maior efeito que um grupo placebo em condições de controle, mostrando-se ainda menos eficaz que o tratamento com antidepressivo tricíclico (Covi, Lipman, Derogatis, Smith e Pattison, 1974). Essa descoberta causa pouca surpresa, dado que as abordagens psicoterápicas tradicionais têm-se revelado ineficazes, em geral, no tratamento dos pacientes com depressão aguda (Daneman, 1961; Friedman, 1975), ou na prevenção da recaída que ocorre posteriormente (Klerman, DiMascio, Weissman, Prusoff e Paykel, 1974).

Como nos tratamentos individuais, as abordagens estruturais cognitivo-comportamentais, de duração limitada, tais como a terapia cognitiva, parecem as mais promissoras no trabalho com pacientes deprimidos unipolares homogeneamente deprimidos, sob a forma de grupo, Shaw (1977) tratou de universitários deprimidos que eram pacientes externos, usando terapia cognitiva, terapia comportamental ou terapia não-directiva de grupo. Os três grupos foram também comparados a um grupo controle de lista de espera sem tratamento. Os pacientes tratados com a terapia cognitiva de grupo, num período de quatro semanas, mostraram maior melhora de

sintomas que todos os outros grupos. Além disso, a melhora sintomática foi mantida ao longo de um acompanhamento de um mês após o tratamento. Outros estudos de resultados de terapia cognitiva de grupo serão descritos no Capítulo 18.

As comprovações existentes favorecem a composição homogénea dos grupos, em detrimento da heterogénea, e as intervenções estruturadas, cognitivo-comportamentais, limitadas no tempo, tais como a terapia cognitiva, de preferência às abordagens psicoterápicas mais tradicionais ou às estritamente behavioristas. Consideradas essas observações iniciais, várias questões podem ser levantadas. Entre elas, encontram-se:

1. Quais são as considerações teóricas especiais a serem levadas em conta, quando se procura tratar de pacientes deprimidos através da terapia cognitiva de grupo?

2. Que medidas práticas se fazem necessárias para adaptar a terapia cognitiva individual, com sua combinação de técnicas cognitivas e comportamentais, unificadas por uma teoria cognitiva comum sobre a depressão, à modalidade de tratamento em grupo?

3. Quão eficaz é a terapia cognitiva de grupo, comparada (ou combinada) com a

farmacoterapia antidepressiva, tratamento actual dos pacientes deprimidos favorecido pela maioria dos médicos?

4. Quão eficaz é a terapia cognitiva de grupo, comparada à terapia cognitiva individual, esta considerada mais eficaz até mesmo que a farmacoterapia antidepressiva tricíclica, tanto em termos da redução da sintomatologia aguda quanto na prevenção da reincidência?

5. Quais são as orientações disponíveis para facilitar a escolha entre terapia cognitiva individual e de grupo para pacientes deprimidos?

O restante deste capítulo será dedicado à consideração dessas questões.

CONSIDERAÇÕES CLÍNICAS ESPECIAIS

A teoria cognitiva da depressão sustenta que a operação de um conjunto cognitivo negativo e as más percepções sistemáticas do self, do meio e do futuro produzem o afecto negativo e a passividade comportamental, que são os principais componentes observáveis da síndrome depressiva. Trabalhar com pacientes deprimidos sob a forma de grupos introduz a possibilidade de eliciar, em cada paciente, uma diversidade de inferências negativas que não viriam à luz, necessariamente, nas sessões de terapia individual. Da mesma forma que em relação a quaisquer pensamentos negativos automáticos gerados pelos pacientes, essas inferências negativas podem mostrar-se detrimentais ou benéficas ao desenvolvimento da terapia, dependendo de

como sejam elaboradas pelo terapeuta. Se permanecerem sem questionamento pelo terapeuta ou pelo paciente, esses pensamentos automáticos tais como, "Não estou progredindo tão depressa quanto os outros pacientes do grupo", "Os outros membros do grupo parecem tão mais inteligentes (menos deprimidos) que eu!", "Não faz sentido desperdiçar o tempo do grupo com minhas preocupações; meus problemas não têm solução" podem aumentar a disforia e tornar cada vez mais difícil ao paciente participar das actividades terapêuticas.

Quando eliciadas e sistematicamente exploradas, essas afirmações negativas fornecem oportunidades excelentes para demonstrar tanto a relação entre o pensamento e os sentimentos ou comportamentos subsequentes, quanto os processos para identificar, objectivar e lidar com essas cognições negativas idiossincráticas. As dificuldades que podem surgir na terapia de grupo com pacientes deprimidos são atribuíveis a três fontes associadas: as comparações negativas dos pacientes uns com os outros, os efeitos potencialmente negativos da interacção entre indivíduos deprimidos e as limitações potenciais da capacidade dos indivíduos para relacionar os exemplos de processos cognitivos negativos do grupo a seu próprio caso.

AUTOCOMPARAÇÕES NEGATIVAS

Os pacientes deprimidos evidenciam uma acentuada tendência a perceber a eles próprios, seu mundo e seu futuro de maneira negativa e pessimista (Capitulo 1). Sempre um foco primordial da terapia cognitiva, os pensamentos negativos automáticos aparecem com abundância no enquadre da terapia de grupo. Os pacientes dispõem, de imediato, dos demais pacientes e de suas acções como fonte de comparação e, visto que dispendem uma parcela maior do tempo fora do foco de atenção do terapeuta, podem mais facilmente deslizar para o remoer silencioso de ideias negativas. Se activamente atendida e examinada, através das numerosas técnicas cognitivas documentadas em outros pontos deste manual, essa propensão pode ser transformada numa vantagem terapêutica.

Vários exemplos clínicos ilustram a técnica de tirar proveito das comparações negativas. Observou-se que uma mulher de meia-idade era in-comumente não-verbal ao longo de várias sessões de grupo. Raramente tecia comentários directos, fosse sobre suas preocupações ou as de outros membros, parecendo pouco à vontade quando convidada a fazé-lo. Mostrava muito maior probabilidade de incluir-se na conversa nos períodos de diálogos mais casuais anteriores ou subsequentes às sessões de grupo. Quando solicitada a comentar sobre o que achava de expressar-se verbalmente no grupo, conseguiu, após grande angústia e hesitação, compartilhar sua apreensão quanto a ser "ignorante" e "incapaz de dizer as coisas certas".

Como prova, citou uma longa história de fracassos observados na escola, quando solicitada pelos professores, a despeito de haver recebido graus acima da média. Transportou esse autoconceito para suas interacções sociais adultas, encarando-se como incompetente para falar sobre "coisas importantes" em situações de grupo. Considerava as sessões terapêuticas semelhantes, em muitos aspectos, a essas experiências mais primitivas. Embora desejasse muito fazer contribuições construtivas com relação às preocupações de diversos membros do grupo, estava firmemente convencida de que os esforços nesse sentido apenas a exporiam como a "ignorante" que sabia ser.

Uma vez enunciada a atitude da paciente, foi possível testar sistematicamente a validade daquela ideia, tanto no contexto grupal quanto pelo uso de tarefas estruturadas fora das sessões. A identificação desse aglomerado de ideias sobre si mesma num contexto de grupo mostrou-se particularmente interessante à luz do que fora revelado (ou ocultado) anteriormente, nas sessões individuais. Embora, em retrospecto, se tornasse aparente que a automonitoração cognitiva da paciente nas sessões individuais reflectia insinuações desse aspecto particular de suas próprias autopercepções, as sessões individuais haviam falhado em extrair dados que demonstrassem a ubiquidade desses pensamentos nas interacções sociais com os pares e seu papel significativo na manutenção do autoconceito negativo.

As comparações invejosas do paciente em relação a outros membros do grupo

podem fornecer oportunidades especiais para a intervenção terapêutica. Numa outra situação, um membro do grupo, que era carpinteiro, manifestou uma intensa preocupação de que fosse multo menos competente que outro membro do grupo, que era um financista temporariamente desempregado em virtude de sua depressão. O primeiro, que vinha progredindo regularmente nas três primeiras semanas do tratamento, mostrou-se profundamente desestimulado quando o segundo começou a exibir acentuada melhora terapêutica. Exemplos de cognições, quando sua expressão foi estimulada, foram: "Venho trabalhando nisso há muito mais semanas que G., e, no entanto, ele está pegando tudo muito mais depressa que eu; nunca vou conseguir melhorar", ou ainda, "Ele está fazendo isso muito melhor que eu; nunca faço nada direito". Uma vez identificados, esses pensamentos automáticos foram explorados e associados a processos semelhantes (por exemplo, generalizações injustificadas a respeito do tempo, raciocínio tudo-ou-nada e abstracção selectiva), que o paciente manifestava com frequência em suas preocupações cotidianas.

Em ambos os casos, a modalidade de grupo não apenas propiciou as situações que trouxeram à luz as más interpretações derivadas dos conjuntos cognitivos depressogênicos, mas serviu também como um contexto imediato e disponível para examinar e corrigir sistematicamente aquelas inferências negativas. Como na terapia cognitiva individual, conquanto o

foco se: mantenha nos acontecimentos e nas cognições sobre os acontecimentos que ocorrem fora da terapia, as cognições reveladas durante a sessão constituem-se, em geral, nas que fornecem as demonstrações mais contundentes tanto do papel crucial do pensamento idiossincrático na depressão, como do poder das técnicas terapêuticas para atenuar esses pensamentos disfuncionais. As sessões de grupo aumentam a probabilidade de que sejam desencadeadas as comparações sociais negativas. Se não percebida, essa ideação pode solapar o progresso do tratamento. Se identificada, proporciona oportunidades de mudança que poderiam jamais ocorrer no tratamento individual.

EFEITOS NEGATIVOS NOS DEMAIS MEMBROS DO GRUPO

Coyne (1976 a, b) forneceu provas sugestivas de que a presença de um indivíduo deprimido num grupo pode, em si mesma, aumentar a disforia entre os que interagem com ele, levando à rejeição do indivíduo deprimido. Conquanto esses estudos tenham-se referido aos efeitos da interacção de indivíduos deprimidos com não-deprimidos, a dinâmica do fenómeno, se aplicada à interacção entre pares deprimidos, pode servir como base para a previsão de que os pacientes deprimidos, em grupos homogéneos, elevam os níveis de disforia uns dos outros.

Nossa experiência clínica sugere que essa não é uma preocupação fundamental. Falar, simplesmente, sobre problemas ou sintomas, não tem, em si, a probabilidade de

surtir quaisquer efeitos tangíveis, a não ser, talvez, aumentar a disforia - uma explicação possível para o facto de que as psicoterapias expressivas tenham exibido resultados tão precários nos estudos controlados (ver Hollon e Beck, 1978). Entretanto, na terapia cognitiva de grupo, o terapeuta trabalha activamente para focalizar a atenção no exame e reavaliação dessas percepções idiossincráticas, visto que mantém uma estruturação considerável dentro das sessões. Nossa experiência tem sido a de que o comportamento de grupos homogeneamente deprimidos pode ser mantido pertinente à tarefa e, nessas circunstâncias, eles se mostram marcadamente animados, espontâneos e activos. Como na terapia cognitiva individual, é importante reconhecer que muitas depressões parecem "realistas" aos olhos do paciente deprimido. Na terapia cognitiva de grupo, parece que focalizar o processo pelo qual se combinam as más interpretações sistemáticas e as distorções no processamento da informação, para fazer com que situações problemáticas - mas elaboráveis - se afigurem insolúveis, pode, com a assistência de outros participantes do grupo, prevenir o tipo de desabamento afectivo negativo aparentemente atribuível à aceitação incondicional, pelo grupo, das avaliações pessimistas do paciente deprimido.

DISTORÇÕES "UNIVERSAIS" X DISTORÇÕES PESSOAIS

Embora os pacientes deprimidos se afigurem propensos a pensar negativamente sobre si mesmos, seu mundo e seu futuro, existem provas sugerindo que tais distorções se limitam, curiosamente, às informações acerca do próprio indivíduo deprimido (Capítulo 1). Parece que os depressivos aplicam a si mesmos regras bastante diferentes de que empregam com outrem, ou, dito de outra forma, que os erros de inferência e raciocínio tornam-se mais evidente quando o paciente deprimido pensa a seu próprio respeito, e não quando pensa cm terceiros.

A maior objectividade e flexibilidade no julgamento das pessoas que não eles mesmos é corroborada em nossa experiência clínica com grupos terapêuticos. Primeiramente, o paciente deprimido geralmente descobre que o reconhecimento de erros nas cognições negativas dos outros pacientes, bem como a reavaliação dos pensamentos e pressuposições deles são menos difíceis que o reconhecimento e reavaliação de suas próprias cognições. Em segundo lugar - e de importância capital - o reconhecimento do paciente das distorções cognitivas dos outros, tal como sua experiência em reavaliá-los, parecem facilitar o reconhecimento e reavaliação de seus próprios padrões cognitivos idiossincráticos. Assim, os membros do grupo testam as pressuposições no real, através do quê aumentam suas habilidades para corrigir suas próprias reacções inadaptativas.

Em resumo, os pacientes deprimidos parecem capazes de funcionar sob a forma de grupos, extraindo benefícios específicos de suas experiências grupais. O foco da discussão e o grau de estruturação dentro do enquadre cognitivo, entretanto, afiguram-se como determinantes críticos da eficácia da terapia de grupo.

ASPECTOS FORMAIS

Os diversos procedimentos terapêuticos descritos ao longo desta monografia podem ser utilizados na forma de grupo. Como na terapia cognitiva individual, os objectivos fundamentais da terapia de grupo compreendem o exame e modificação dos sistemas de crença inadaptativos e das maneiras disfuncionais de processar as informações comportamentais planejadas, o treinamento na automonitoração de cognições, eventos e estados de ânimo e o treinamento em estratégias destinadas a identificar e modificar sistemas cognitivos distorcidos. Faz-se uso intensivo de uma multiplicidade de atribuições de trabalhos de casa, incluindo as programações de actividades, o registro de cognições e os esforços para modificar essas cognições. Frequentemente, os pacientes e o terapeuta colaboram no planejamento de "experimentos" para testar as opiniões mantidas pelos pacientes.

Como nas sessões individuais de terapia cognitiva, as sessões de grupo são estruturadas, orientadas para os problemas e focalizadas. Tipicamente, os terapeutas são muito activos - questionando, desafiando, explorando e instruindo. A adaptação desses procedimentos a uma forma de grupo pode apresentar uma quantidade de problemas específicos; tanto em termos do foco das sessões, como em termos de diversos problemas práticos que podem surgir num contexto grupal. Nos parágrafos seguintes, várias dessas questões serão cobertas.

GRUPOS ORIENTADOS PARA O PROBLEMAS X GRUPOS ORIENTADOS PARA O PROCESSO

A terapia cognitiva é uma abordagem terapêutica orientada para os problemas. Coloca-se pouca ênfase no entendimento da interacção entre paciente e terapeuta. Nas sessões de grupo, a atenção é focalizada, primariamente nos problemas dos vários membros do grupo e, em menor escala, na interacção entre os membros. Tópicos tradicionais da terapia de grupo, tais como a coesão, afectividade, dominação e alianças não são destacados na terapia cognitiva de grupo. As sessões cognitivas seguem amiúde um padrão no qual cada paciente selecciona um problema principal para enfocar; a seguir, os pacientes o comentam, cada um a seu turno.

Todavia, surgem, ocasionalmente, problemas psicológicos que se relacionam, em parte, a processos grupais. Na maioria das vezes, esses problemas estão em consonância com outros fenómenos depressivos e, quando detectados, prestam-se muito bem a demonstrar a pertinência dos princípios cognitivos. Compreendem cognições como "Estou tomando muito tempo do grupo", "Não tenho nada a oferecer", "Não me enquadro", ou "Não vou melhorar". Lidar com as cognições correntes, associadas à participação no grupo, serve como poderoso veículo de

aprendizagem, da mesma forma que lidar com as expectativas negativas sobre a terapia individual serve como modelo útil para a testagem cognitiva de hipóteses, em geral. A ênfase é colocada, contudo, nos fenómenos associados ao processo, para efeito de ilustração, e não no processo em si mesmo.

GRUPOS FECHADOS X GRUPOS ABERTOS

Da mesma forma, a terapia de grupo exige uma decisão quanto a começar com um grupo de pacientes ao mesmo tempo, não admitindo novos membros depois disso, ou a acrescentar novos membros em termos contínuos. Diversamente das terapias de grupo mais orientadas para o processo, a terapia cognitiva de grupo encara a questão de admitir novos membros num sentido menos simbólico que pragmático. Tipicamente, o paciente

novo se mostra agudamente deprimido e pode exigir muito tempo e atenção. A terapia cognitiva envolve considerável volume de actividade por parte do paciente, exigindo, em média, vinte a trinta minutos de exposição bastante didáctica. Nossa experiência tem sido a de que a entrada de novos membros pode ser menos provocadora de ruptura, se forem dotadas várias estratégias. Primeiramente, o paciente é orientado numa sessão preparatória, na qual recebe uma visão geral da terapia cognitiva, material de leitura (por exemplo, Coping with depression) e treinamento na automonitoração inicial ou na programação de actividades. Em segundo lugar, os membros mais adiantados do grupo podem envolver-se no processo de orientação, de alguma forma que lhe proporcione uma experi6ncia útil de aprendizagem. Explicar o ABC do modelo cognitivo ou levantar exemplos de pensamentos negativos automáticos ajuda a assegurar que os pacientes mais experientes podem não apenas empregar os processos eles mesmos, porém os compreendem suficientemente bem para ensiná-los a um novo membro.

TERAPEUTAS: PEPEL E NÚMERO

Como na terapia cognitiva individual, trabalhar com clientes deprimidos exige actividade e estruturação consideráveis por parte do terapeuta. Gerir vários pacientes deprimidos de uma vez exige que se preste especial atenção aos detalhes, e particularmente importante que os terapeutas não permitam que os pacientes fiquem "perdidos" no grupo; embora grande parte do tempo de cada sessão seja devotada ao foco intensivo de um paciente de cada vez, é importante assegurar-se de que cada um dos clientes recebe, periodicamente, a oportunidade de ventilar seus problemas.

O emprego de varias terapeutas, quando possível, traz diversas vantagens. Enquanto um único terapeuta pode trabalhar com um grupo razoavelmente numeroso (quatro a seis pacientes), grupos maiores podem exigir um terapeuta adicional.

Quando há dois terapeutas, um deles pode trabalhar activamente com determinado problema e/ou paciente, enquanto o outro observa de perto as reacções dos demais participantes do grupo. Da mesma forma, os pacientes geram, caracteristicamente, um volume considerável de material escrito entre as sessões. Quando há dois terapeutas presentes, o que está mais directamente envolvido com o assunto do momento pode dedicar total atenção a essa discussão, enquanto o outro fica livre para percorrer as várias folhas de trabalho de casa, em busca de itens de interesse especial.

GRUPO: COMPOSIÇÃO E NÚMERO DE PACIENTES

No momento, pouco se conhece sobre os factores relacionados aos pacientes, que facilitam ou retardam o progresso na terapia cognitiva de grupo. Decerto, os procedimentos descritos ao longo deste manual se aplicam mais directamente a pacientes com uma sintomatologia depressiva primária. Ao que parece, quaisquer problemas para os quais fosse adequada a terapia cognitiva individual poderiam ser tratados, igualmente, em psicoterapia cognitiva de grupo. Os pacientes gravemente suicidas ou extremamente isolados podem constituir excepções a essa regra, não porque as vantagens próprias dos tratamentos de grupo não se apliquem a esses casos, mas porque tais pacientes exigem maior atenção do que o tempo permitiria num contexto de grupo. Um arranjo que fazemos, às vezes, para atender às necessidades de alguns pacientes, é suplementar as sessões de grupo com sessões individuais.

Como já indicamos, o tamanho do grupo é mais determinado com base em considerações pragmáticas que teóricas. A maior parte de nossa experiência compreendeu grupos de quatro a oito pacientes, conduzidos por dois terapeutas. A gravidade dos problemas apresentados e a experiência que os vários pacientes tenham tido em terapia são considerações a serem levadas em conta na formação de um grupo. Um único terapeuta ficaria pressionado se começasse um grupo com seis ou mais pacientes gravemente deprimidos ao mesmo tempo, mas um ou dois desses pacientes gravemente deprimidos poderiam incluir-se, adequadamente, entre um número maior de pacientes que já houvessem recebido volumes variáveis de treinamento específico. Os pacientes mais adiantados frequentemente se mostram úteis para modelar várias habilidades e instruir verbalmente os novos pacientes sobre as técnicas fundamentais.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS SESSÕES

Um período de duas horas de terapia parece constituir um meio-termo satisfatório entre a necessidade de fornecer um volume adequado de tempo de sessão a cada paciente e, ainda assim, evitar exaurir quer os pacientes, quer os terapeutas. Foram tentados períodos mais curtos de tempo (Rush e Watkins, 1978), mas não há comprovação suficiente, no momento, para tirar conclusões relacionando a duração das sessões aos resultados.

Da mesma forma, não existem, actualmente, instruções definidas para auxiliar na determinação da frequência óptima das sessões. Ao programar sessões para pacientes externos adultos, Shaw e Hollon (1978) as conduziram uma vez por semana, enquanto Rush e Watkins (1978) faziam duas sessões semanais. A eficácia do tratamento com esses dois grupos pareceu

comparável, grosso modo, mas seriam desejáveis, comparações controladas directas dos efeitos das diversas frequências de sessões.

No momento, a experiência clínica sugere que a duração das sessões de uma hora e meia a duas horas é a preferível, enquanto contactos, semanais parecem representar a frequência mínima. A consideração sistemática dessas variáveis pragmáticas é claramente necessária.

CONTRATOS POR PRAZO LIMITADO

Quer se opere com grupos abertos ou fechados, a negociação de contratos explícitos, por prazo limitado, com cada um dos pacientes, parece particularmente benéfica. Concentrar a atenção em critérios claros e explícitos de melhora parece facilitar tanto a discussão das expectativas quanto a produção de mudança. A experiência sugere que a terapia conduzida em 12 a 20 sessões, distribuídas ao longo de 12 a 20 semanas, é adequada para a maioria dos pacientes externos depressivos unipolares.

TERAPIA DE GRUPO COMBINADA À TERAPIA INDIVIDUAL

Observamos que os pacientes moderados a gravemente deprimidos, encaminhados a nossa clínica de atendimentos externos, necessitam de um número variável de sessões terapêuticas individuais, mesmo quando a terapia de grupo parece ser o tratamento mais indicado. Em alguns casos, a terapia de grupo serve como um acessório útil à terapia individual. Em outros, o tratamento individual é um prólogo necessário ao encaminhamento paro a terapia de grupo. Na sessão individual preliminar, o terapeuta consegue formar um quadro abrangente dos problemas, personalidade, história de vida, sensibilidade e mecanismos de enfrentamento do paciente. Além disso, tem a oportunidade de estabelecer o rapport e de familiarizar o paciente com os conceitos e técnicas da terapia cognitiva.

Depois que o paciente houver iniciado a terapia de grupo, sessões individuais ocasionais podem tornar-se necessárias por diversas razões. Dado que os grupos terapêuticos são limitados quanto ao volume de tempo dedicado aos problemas de qualquer membro específico do grupo, alguns pacientes podem necessitar de foco adicional, fornecido pelas sessões individuais. Outros podem requerer, periodicamente, o tipo de apoio específico e interacção íntima que silo característicos da relação dual. Ademais, alguns se mostram relutantes em correr o risco da possível

quebra de confiança, trazido pela discussão de problemas altamente sensíveis em grupo.

Nas pesquisas que comparam a terapia cognitiva de grupo com outras modalidades de tratamento, advogamos a forma inicial alternada de tera-

pia individual e de grupo. Após a quarta sessão terapêutica individual, o paciente prossegue exclusivamente com a terapia de grupo (a menos que haja indicações específicas para sessões individuais especiais). Os estudos de resultados do emprego exclusivo da modalidade grupal da terapia cognitiva têm-se concentrado, em geral, em pacientes mais jovens e menos gravemente deprimidos que os observados em nossa própria clínica (Shaw, 1977).

CONDUZINDO AS SESSÕES TERAPÊUTICAS

ENTREVISTAS PREPARATÓRIAS

Ao entrar num grupo terapêutico, o paciente deprimido pode sentir-se particularmente ameaçado. Essa apreensão pode repetir-se em pensamentos do tipo, "Eu não poderia falar sobre meus problemas na presença de todas aquelas pessoas", "Não me sinto à vontade em grupos", "Devo ser um paciente desinteressante", ou "Devo estar doente demais (ou não deprimido o bastante) para beneficiar-me da terapia individual". As entrevistas preparatórias, programadas para a discussão dessas e de preocupações afins, prestam um serviço útil.

SEQUÊNCIA DOS PROCEDIMENTOS TÉCNICOS

A Tabela 2 fornece uma visão geral da estrutura recomendada para as sessões de terapia de grupo e a progressão dos tópicos a serem cobertos e das aptidões a serem desenvolvidas num período de tempo determinado. Em geral, o foco da atenção ao longo das sessões se desloca do planejamento e monitoração de intervenções distintas, promulgadoras-comportamentais (exemplo, programação de actividades, automonitoração de estados de ânimo e acontecimentos, terapia do sucesso, atribuição de tarefas graduadas etc.), para concentrar-se mais e mais em técnicas destinadas a identificar, reavaliar e testar vários pensamentos automáticos e pressuposições subjacentes. De modo semelhante, as estratégias cognitivas iniciais (exemplo, a coluna tríplice, a terapia de retribuição, as técnicas alternativas) são geralmente voltadas para a identificação de pensamentos automáticos específicos. Após várias semanas, um volume crescente de tempo e atenção é dedicado ao discernimento e alteração dos sistemas de pressuposições subjacentes.

Quando são iniciados os grupos fechados, o grupo todo pode ser introduzido na programação constante da Tabela 2. Nos grupos de partici-

pação aberta, é necessário repetir parcelas significativas da sessão inicial para cada novo membro, geralmente de modo sucinto. Os membros experientes do grupo podem, muitas vezes, desempenhar um papel fundamental no processo de orientação: modelagem das aptidões adquiridas e descrição dos aspectos teóricos e/ou práticos pertinentes terapia.

TABELA 2
Programação da Terapia Cognitiva de Grupo

Semana: 0 – Sessão diagnostica e/ou preparatória
Objectivos e Métodos da Sessão:

1. Avaliar adequação para grupo
2. Avaliar e discutir expectativas
3. Distribuir Coping with depression

Sema: 1 – Sessão inicial
Objectivos e Métodos da Sessão:

1. Medir a depressão (fornecer IBD)
2. Apresentar novos membros
3. Organizar agenda
4. Estabelecer regras básicas
5. Discutir expectativas e rever objectivos do tratamento
&. Expor lógica da terapia e discutir Coping with depression
7. Discutir as preocupações individuais de cada paciente
8. Focalizar treinamento em aptidões de automonitoração e/ou experimentos comportamentais
9. Atribuição de trabalhos de casa
10. Avaliar reacções à sessão

Semana: 2-10 – Sessões posteriores
Objectivos e Métodos da Sessão:

1. Medira depressão (fornecer IBD)
2. Organizar agenda
3. Rever status desde a sessão anterior
4. Discutir reacções às sessões anteriores
5. Rever trabalhos de casa da última sessão
6. Introduzir novos tópicos e relacionar o material à teoria cognitiva básica
7. Atribuição de trabalhos para casa
8. Avaliar reacção à sessão

Semana: 11-12 – Sessões de encerramento
Objectivos e Métodos da Sessão:

1. Medir depressão (fornecer IBD)
2. Organizar agenda
3. Rever status desde a última sessão
4. Discutir progresso até o presente
5. Discutir expectativas acerca do término
6. Avaliar reacções às sessões

332

blemas-alvo. O Inventário Beck da Depressão (ver Apêndice) constitui uma medida de auto-relato resumida e bem validada da síndrome depressiva. A entrevista inicial, a primeira sessão de terapia de grupo e todas as sessões de grupo subsequentes começam, rotineiramente, pela aplicação do Inventário Beck da Depressão (IBD). Aos pacientes que já houverem completado vários IBD's, pode-se fornecer um suprimento de formulários a serem conservados em casa, para que preencham a escala seja imediatamente antes de virem para a sessão, seja enquanto esperam que ela se inicie.

Essa atenção para com o IBD permite monitorar de perto os níveis de depressão, assinalar quaisquer mudanças importantes na sintomatologia específica, tais como remoer ideias de suicídio, e manter o foco claramente dirigido para a produção de mudança dentro do contrato por prazo limitado. Embora a depressão constitua, geralmente, o fenómeno de maior interesse, temos por vezes monitorado outros processos pertinentes, tais como a ansiedade, em bases regulares.

2. Estabelecimento de Agendas. Ao início de cada sessão, é geralmente desejável organizar uma agenda flexível que permita aos pacientes e ao(s) terapeuta(s) separarem áreas específicas como alvo de discussão. É frequentemente útil apurar as sugestões de cada participante, para que todos possam iniciar a sessão de grupo com algum tipo de participação activa. Se um novo membro estiver sendo acrescentado a um grupo já existente, o terapeuta empregará esse tempo, via de regra, para fazer as apresentações e para informar que algum tempo será destinado à investigação dos objectivos, problemas e situação actual do novo membro. Essa é também uma boa ocasião para eliciar, dos participantes experientes do grupo, quaisquer comentários que possam desejar fazer sobre acontecimentos importantes, ou mudanças na sintomatologia em relação à semana anterior. Em geral, é preferível anotar o tema, continuar a completar a organização da agenda e, mais tarde, voltar àquele tema, em vez de arriscar demorar-se demasiadamente em qualquer assunto ao início da sessão. Quando um novo grupo está começando e antes de serem discutidas as preocupações individuais dos pacientes, convém deixar claras as áreas que precisam ser discutidas na primeira sessão, a saber. a estrutura geral das sessões, as regras básicas do grupo, os objectivos e expectativas individuais e uma abordagem genérica da terapia cognitiva.

Essa estratégia propicia uma estrutura formal explícita, dentro da qual o grupo

pode funcionar com eficiência máxima. Quando o terapeuta trabalha com pacientes deprimidos, é importante que planeja essa estrutura antecipadamente e a mantenha disponível a qualquer hora. Esse sólido auxiliar organizacional serve também como precaução contra os efeitos letais da inércia e do pessimismo depressivos, que aparecem tão prontamente nos momentos não focalizados. O trato hábil da hesitação ligada à depressão, nos momentos em que há decisões por tomar nas sessões, constitui

com frequência uma manobra terapêutica fundamental, devendo o terapeuta dispor de um plano bem elaborado para essas contingências. Um paciente chamou a essa abordagem, em terapia individual, de "planejar meu trabalho e trabalhar no meu plano".

Longe de inibir a espontaneidade na sessão de grupo, uma agenda preparada de comum acordo parece favorecer a espontaneidade e o envolvimento por parte dos pacientes. Parece provável que o prognóstico precário que se evidencia para os pacientes deprimidos nos grupos menos altamente estruturados, ou nos contextos de grupos orientados para o processo, possa ser atribuído ao fracasso desses grupos não estruturados em neutralizar adequadamente o funcionamento dos padrões cognitivos negativos. Esses esquemas negativos parecem predominar nas situações em que a falta de estrutura sugere ambiguidades, criando assim um vazio de significados a ser preenchido pelas interpretações depressivas do paciente.

3. Estabelecimento de Regras Básicas. Logo no início da primeira sessão, convém discutir algumas regras básicas e obter a concordância de todos os participantes. A confidencialidade apresenta problemas especiais no contexto de grupo, é característico abordarmos essa questão directamente, solicitando a cada paciente que concorde em respeitar o direito de privacidade dos demais. Uma orientação geral consiste em que todos os pacientes são livres para discutir seus próprios objectivos específicos, seu progresso e os procedimentos que estão aprendendo com quem quer que desejem, mas nenhum outro membro jamais será identificado, nem suas preocupações discutidas fora do grupo terapêutico. Usar vários minutos para discutir essas questões e para assegurar a concordância de cada um dos membros não apenas chama a atenção para a importância do assunto, mas também parece facilitar as revelações subsequentes de material íntimo que os pacientes fazem a seu próprio respeito.

A segunda regra básica principal de utilidade é a ideia de "fazer a ronda", expressão que significa que o grupo concorda em estruturar seu tempo de maneira a que cada membro tenha a oportunidade de trazer uma de suas preocupações para discussão, que o grupo poderá conversar aquele tema por tempo suficiente para chegar a algum tipo de solução e que será activamente buscada a contribuição de cada paciente que não haja voluntariado ainda seus comentários. Esse procedimento impede que o fluxo da discussão se torne muito disperso, ao mesmo tempo em que assegura que nenhum paciente será negligenciado. No começo de qualquer sessão e

durante as primeiras várias sessões, costuma-se aconselhar o terapeuta a ser um tanto mais formal ao solicitar os comentários de cada membro a seu turno, exactamente como se procedeu por ocasião da organização da agenda.

Os clientes deprimidos tipicamente iniciam a terapia identificando-se com as percepções negativas uns dos outros. De início, os comentários dos demais membros do grupo muitas vezes assumem a forma de concordância

com a visão pessimista, acompanhada da narrativa de experiências ou inferência) idiossincráticas do membro que fez o comentário, com respeito a sua própria situação. Esses comentários surtem o efeito de desviar a atenção do problema e do orador iniciais. É improvável que o processo reflicta algo mais que um desejo espontâneo de demonstrar empatia e/ou de identificar-se com o primeiro orador. Em geral, o terapeuta pode redireccionar a discussão para o tópico e para o orador iniciais, procedendo então ao exame e elaboração do primeiro problema levantado.

4. Avaliação das Expectativas e Reacções às Sessões Anteriores. Logo ao início da(s) sessão(ões), o terapeuta pode considerar útil perguntar a cada paciente como ele espera que seja a terapia e o que espera que aconteça nas sessões seguintes. As respostas a essas questões podem fornecer indicações úteis de expectativas irreais (geralmente negativas) e alertar o(s) terapeuta(s) quanto a expectativas e pressuposições dos pacientes que não poderão ser atendidas no curso típico da terapia cognitiva. Os pacientes frequentemente chegam à situação terapêutica com alguma ideia de como se sairão no tratamento e de como é provável que progrida a terapia. As expectativas dos pacientes homogeneamente deprimidos tendem, caracteristicamente, ao pessimismo, donde a eliciação da expressão dessas expectativas por parte de cada paciente, na primeira sessão, demonstra frequentemente como operam as auto-avaliações negativas.

Por exemplo, próximo ao final da primeira sessão com um novo grupo terapêutico, pedimos a cada participante, separadamente, que ordenasse todos os membros do grupo, inclusive ele mesmo, em termos de quem, a seu ver, mais se beneficiaria do grupo. Cada participante colocou-se no fim de sua própria lista. Na discussão que se seguiu, tornou-se claro que existiam algumas semelhanças muito marcantes em termos de como os participantes tendiam a perceber-se em relação aos demais. Foram típicos os pensamentos do tipo, "Ninguém mais está tão deprimido (ou tão desesperançado) quanto eu", "Todos os outros parecem tão normais! Estou mesmo na maior confusão", ou "Essa abordagem pode funcionar com algum dos outros, mas minha depressão é provocada por meu marido (ou meu trabalho, ou estar desempregado, ou minha doença etc.); minha maneira de pensar nada tem a ver com ela". Apontar a semelhança real na forma como pensavam sobre si mesmos e suas situações facilitou a identificação de suas distorções cognitivas negativas.

5. Formulações Iniciais dos Problemas Individuais. Na primeira sessão com cada paciente é desejável dar-lhe a oportunidade de discutir os problemas que o

trouxeram para o tratamento. Ao começar um novo grupo, é nossa praxe correr o grupo inteiro, antes de nos concentrarmos em qualquer paciente específico. O terapeuta, em geral, utiliza esse período para comentar os aspectos desses problemas que sejam coerentes com a síndrome genérica da depressão, bem como os tipos específicos de inter-

venções que serão trazidas para prestar ajuda naqueles problemas, mais adiante na sessão.

6. Apresentação da Teoria e Técnica Cognitiva. A terapia cognitiva faz diversas afirmações explícitas sobre a natureza das relações entre os acontecimentos, a ideação e os afectos e comportamentos subsequentes. Começando logo ao início da primeira sessão, o terapeuta procura encorajar os pacientes deprimidos a empreenderem um exame da maneira como encaram as coisas. Inicialmente, esses esforços podem assumir a forma de encorajar mudanças de comportamento, a despeito das apreensões e pessimismo do paciente; técnicas de reavaliação cognitiva mais formais são posteriormente introduzidas no tratamento.

É geralmente útil fazer uma exposição bastante explícita da teoria cognitiva, estreitamente associada a exemplos provenientes das apresentações de problemas feitas pelos pacientes. Em lugar de fazer uma exposição abstracta formal, o terapeuta pode usar, como ilustração, exemplos concretos pertinentes de pessimismo injustificado, profecias auto-realizadoras e pensamentos de pacientes. Sempre que possível, é desejável extrair um ou mais exemplos pertinentes de cada um dos pacientes durante essa primeira sessão. Através de selecção criteriosa, o terapeuta geralmente consegue demonstrar aspectos importantes da teoria e da técnica, ao mesmo tempo em que atenue às necessidades variadas de cada membro do grupo.

7. Prescrições de Tarefas Para Casa. Ao final de cada sessão, todos os pacientes deverão ter recebido pelo menos uma actividade explicitamente planejada, a ser executada antes da sessão seguinte. De início, essa atribuição envolverá, muito provavelmente, algum tipo de automonitoração específica. Com os pacientes gravemente deprimidos, a atribuição inicial pode envolver o cumprimento de uma programação de actividades planejada durante o encontro do grupo. Qualquer um, dentre uma multiplicidade de "experimentos", pode ser projectado durante a sessão para ajudar a fazer com que o paciente execute alguma tarefa terapeuticamente pertinente, ou teste crenças específicas. Após uma ou duas sessões, maior ênfase é colocada na monitoração regular de pensamentos específicos em diversas situações e na reavaliação sistemática das crenças que esses pensamentos reflectem.

Em geral, uma norma básica a ser seguida é atribuir novos trabalhos de casa somente à medida que forem dominadas as atribuições anteriores. Da mesma forma, é muito importante que o terapeuta se empenhe activamente nas atribuições na sessão seguinte. Nada mina tão depressa a motivação de continuar a empregar diversas técnicas entre as sessões quanto a negligência do terapeuta em examinar

cuidadosamente o trabalho executado pelos pacientes.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE CONDUÇÃO DO GRUPO

Uma variedade de problemas específicos na condução, não encontrados, via de regra, nas sessões individuais, pode surgir na situação grupal. Entre eles encontram-se o monopólio do tempo no grupo por um ou mais pacientes, ataques pessoais a algum dos membros por outro, deslizes para a conversa inútil, desenvolvimento de subgrupos e ocorrências de índices diferentes de melhora entre os vários membros do grupo. Em geral, cada um desses problemas pode ser prontamente elaborado por um terapeuta activo, que não hesite em redireccionar a discussão para tópicos mais produtivos.

No caso de ataques pessoais, a reformulação do comentário depreciativo do paciente, a fim de que passe a referir-se a comportamentos específicos programados para discussão no grupo, retira do comentário o carácter hostil. Índices diferentes de melhora podem produzir reacções negativas terapeuticamente úteis. Caracteristicamente, o paciente deprimido estará reagindo à melhora de outra pessoa com pensamentos como, "Ele está melhorando e eu não estou tendo melhora alguma; devo ser mesmo um caso perdido". Tais inferências fornecem bom material para reavaliações cognitivas.

EXEMPLOS DE MANOBRAS TERAPÊUTICAS CARACTERÍSTICAS

TIRANDO PROVEITO DAS INTERRUPÇÕES

O recorte de sessão reproduzido adiante mostra como o terapeuta tirou vantagem da intromissão de uma paciente na descrição que outra fazia de seus próprios problemas:

MARY ANN: Realmente, tive uma semana horrível... Simplesmente nada parece ter dado certo.
TERAPEUTA: Você pode dar-nos um exemplo?
M.A.: Bem, houve uma porção de coisas. Não pareço ir adiante, minha (filha) Mary Beth tem tido problemas na escola, o idiota do meu irmão telefonou para minha mãe e deixou-a toda excitada…
T: Você quer dizer, para sua mãe, na casa de repouso?
M.A.: É. Meu irmão não levantou um dedo para ajudar nesses últimos três anos... mas, quem o ouve falar pensa que ele está sempre prestes a vir buscá-la e levá-la de volta para Ohio para viver com ele... ela fica excitada, depois não acontece nada e eu tenho que ajudá-la a lidar com o desapontamento...
JOAN: Minha mãe está sempre interferindo, sempre tentando me dizer como criar minha filha: como se ela fosse a única pessoa que sabe como criar uma filha...

337
T: Já focalizamos isso antes, Joan; obviamente, é importante para você e suspeito que tenha alguns traços significativos comuns com os problemas do Mary Ann com o irmão, Mary Ann, como você tentou lidar com os efeitos das "promessas" de seu irmão em sua mãe?
M.A.: Tentei falar com ele, mas nunca chegamos muito longe. Acabo ficando com tanta raiva… simplesmente não acho que adiante nada.
J: Eu costumava achar isso dos resmungos da minha mãe, mas, agora, não tenho tanta certeza... Foi isso que me fez pensar no assunto agora; você parece ter um problema com seu irmão que é um pouco parecido com o que tive com minha mãe.
M.A.: Como assim?
J: Bem, se for como minha mãe, ela está tentando parecer importante, embora, na maior parte das vezes, seja simplesmente uma chata… mas está tentando ajudar e sentir-se como se soubesse alguma coisa. Ora, o que eu sempre costumava fazer era ficar zangada com ela; tenho problemas suficientes lidando com a Becky sem que mamãe precise se intrometer... mas, quando tentei fazer um esforço especial para discutir as coisas com ela, só para tornar mais fácil conviver com ela...
M.A.: Você quer dizer, com sua mãe?
J: É, com minha mãe.
M.A.: Meu irmão e eu jamais conseguíamos conversar.
J: Como você sabe?
M.A.: Bem, nunca conseguimos; temos brigado desde que crescemos o bastante para isso.
J: Funcionou comigo, de certa forma, e nunca pensei que funcionasse…
T: Talvez vocês pudessem desempenhar papéis; Mary Ann, você gostaria de representar o papel de seu irmão? E Joan, você quer fazer o papel de Mary Ann? OK?
M.A.: Nós temos que representar o tipo de discussão que eu e meu irmão costumamos ter?
T: Sim, as duas coisas: primeiro, apenas um diálogo típico, do tipo que leva a uma briga; depois, Joan vai tentar estruturar a interacção dela com o irmão... ela começa e orienta basicamente os assuntos, (Voltando-se para Joan.) Isso parece tanto deixar sua mãe satisfeita, como impedir que o desejo dela de ajudar se torne incómodo, não é?
J: A maioria das vezes, é, acho que sim.
T: OK. Então, Mary Ann, porque você não começa?...

A representação de papéis ajudou ambas as pacientes a aprimorarem suas habilidades interpessoais. Ao recorrer à interrupção de Mary Ann por Joan, o terapeuta pode utilizar a experiência de Joan para ajudar Mary Ann a enfrentar melhor seus problemas. A seguir, pôde introduzir uma técnica de grupo "avançada" e altamente terapêutica: a representação de papéis.

338

O uso de membros do grupo como "co-terapeutas"

Através de um interrogatório habilidoso, o terapeuta pode levar um membro do grupo a assumir um papel terapêutico com outro paciente.

TERAPEUTA: O.K., vamos preparar a agenda de hoje, Ed, alguma coisa para incluir?
E.D: Bem, não especificamente. Acho que as coisas correram um pouco melhor.
T: Precisamos nos certificar de examinar a auto-monitoração que você fez. Marilyn?
MARILYN: Tenho aquela festa, que vai acontecer na sexta-feira… simplesmente não sei como vou conseguir.
T: É a festa de que você falou há cerca de duas semanas?
M: É, uma de nós, uma das primas dá a festa todp ano… é minha vez, este ano… Acho que simplesmente não vou conseguir.
KLEN: Porque, Marilyn?
M: É demais, não consigo… Tenho dificuldades para servir jantares, dificuldade para me levantar de manhã, dificuldade até para vir aqui para o grupo… Como posso oferecer uma festa a um grupo?
K: O que, exactamente, você tem que fazer?
M: Tudo… Tenho que limpar a casa, fazer as compras, preparar o jantar, tudo…
T: Você parece estar-se sentindo sobrecarregada. Ed, se você fosse Marilyn, como tentaria fazer para organizar a festa?
E: Para a festa? Não sei…
T: Estou pensando na forma como você limpou seu apartamento na semana passada…
E: Ah: Ah, você se refere a eu fraccionar a coisa?
T: Sim. Você, agora, é uma espécie de expert em fragmentar trabalhos grandes em pequenas tarefas. Que tipo de passos você acha que poderiam ser úteis para Marilyn?
E: Bem, para mim foi útil preparar uma lista do que eu precisava fazer e, depois, ir cortando os itens à medida que os terminava.
T: Você quer dizer, de facto, escrever as coisas?
E: É, escrever uma lista. Quando fizemos isso a última vez, bastou eu levar a lista para casa e me guiar por ela.
K: Sempre tento começar, primeiro, com alguma coisa fácil. Isso parece tornar mais simples começar…
T: Marilyn, você parece perturbada; que está acontecendo?
M: É que simplesmente parece tanta coisa, que jamais vou conseguir fazer tudo.
T: Esse é um bom exemplo do pensamento automático, não é? Porque não experimentamos relacionar as coisas que você terá que fazer? Depois, vamos ver se algumas das sugestões do Ed e do Ken podem ou não ajudar a torná-lo mais simples.
M: só que parece demais.
E: A mim também parecia. Sei bem como você se sente, como se fosse demais. Mas fraccionar o trabalho parece ajudar realmente.

T: Se não servir para mais nada, pelo menos nos dará alguma prática em termos de fragmentar grandes tarefas em unidades manejáveis, além de contribuir para gerar alguns bons exemplos de pensamentos negativos automáticos, com os quais poderemos nos exercitar, como o que você acabou de ter. Ken, você quer ser o "escriba", aqui, para Marilyn? Ed, o que você gostaria de saber, da Marilyn, sobre o que ela precisa fazer?...

Nesse exemplo, o terapeuta reconheceu que Ken estava reagindo aos problemas de Marilyn de modo terapêutico. A seguir, trouxe Ed para a discussão e, consequentemente, tanto Ken como Ed participaram activamente como "terapeutas". Mais tarde, atribuiu papéis terapêuticos específicos aos dois. Temos observado, como subproduto interessante, que os "pacientes terapeutas" demonstram uma capacidade aumentada de empregar essas técnicas de enfrentamento para manejar seus próprios problemas, tornando-se, em geral, mais autoconfiantes.

EXPERIÊNCIAS EMPÍRICA COM A TERAPIA COGNITIVA DE GRUPO

Quão eficaz é a terapia cognitiva de grupo? Pelo menos cinco trabalhos falam sobre esse assunto, embora somente um (Rush e Watkins, 1978) haja comparado, explicitamente, as modalidades grupal e individual. A eficácia do tratamento pode ser avaliada em pelo menos três aspectos: redução da sintomatologia inicial, prevenção da recaída e baixa incidência de términos prematuros.

Actualmente, existem provas consideráveis de que a terapia cognitiva de grupo esteja associada à redução da sintomatologia inicial. Nos cinco estudos identificados (Cioe, 1975), universitários deprimidos em tratamento como pacientes externos (Shaw, 1977), ou adultos deprimidos em tratamento externo (Morris, 1975; Rush e Watkins, 1978; Shaw e Hollon, 1978), os pacientes tratados pela terapia cognitiva de grupo evidenciaram escores significativamente mais baixos, pós-tratamento, em medições da depressão sindrômica, em comparação aos que haviam apresentado no pré-tratamento.

O trabalho de Shaw compreendeu comparações com uma modalidade de tratamento estritamente comportamental, modelada na abordagem da depressão de Lewinsohn e colaboradores (Lewinsohn, 1974, 1975), A terapia cognitiva mostrou-se superior tanto à abordagem estritamente comportamental, quanto a uma abordagem não-directiva e a um grupo controle em lista de espera. A exibição relativamente fraca da abordagem estritamente comportamental da pesquisa de Shaw foi replicada por Padfield (1976), numa comparação entre um grupo de tratamento comportamental

segundo o modelo de Lewinsohn e um grupo de tratamento centrado no cliente com pacientes externos adultos. Em vista desses dados, parece improvável que os efeitos

positivos associados à terapia cognitiva de grupo possam ser atribuídos quer a factores genéricos (não específicos), quer apenas a uma abordagem comportamental estruturada.

Shaw e Hollon (1978) trataram dois grupos consecutivos de pacientes sob a forma de grupo: o primeiro em grupo fechado, o segundo em grupo aberto. Os resultados do tratamento obtidos em ambos os grupos foram comparados aos conseguidos por pacientes tratados ou com terapia cognitiva individual, ou com farmacoterapia à base de ipramine, acoplada a breves contactos de apoio, numa experiência clínica isolada (Rush et al., 1977). A terapia cognitiva de grupo evidenciou uma reacção ao tratamento maior que a exibida pelos pacientes de farmacoterapia, porém menor que a demonstrada pelos pacientes tratados em terapia cognitiva individual, embora nenhuma das diferenças fosse significativa. Definindo a remissão completa como um índice IBD pós-tratamento igual ou menor que 9, sete dos doze indivíduos que completaram a terapia de grupo (58%) exibiram remissão completa, comparados a 15 entre 18 pacientes individuais (83%) e a apenas 5 entre 17 pacientes de farmacoterapia (29%). Três dos 15 pacientes iniciais destinados à terapia de grupo deixaram o tratamento - uma evasão de 20%, comparada a taxas de evasão de 32% para a condição farmacoterápica do estudo de Rush et al. e de 5% na terapia cognitiva individual, objecto do outro trabalho.

No estudo de Rush e Watkins, a terapia cognitiva de grupo foi directamente comparada à terapia cognitiva individual, sendo esta conduzida com ou sem medicação antidepressiva. A despeito do fato de que o tratamento foi efectuado num novo centro, localizado em outra região do país, os resultados da terapia foram marcantemente semelhantes aos obtidos por Shaw e Bollon. A terapia cognitiva individual pareceu produzir uma remissão de sintomas um pouco maior que a terapia cognitiva de grupo, embora todas as unidades de tratamento estivessem associadas a reduções significativas na sintomatologia entre o pré- e o pós-tratamento. Um total de 43% dos pacientes de grupo mostrou remissão completa, como definida acima, após 16 semanas de tratamento, enquanto 50% dos pacientes em terapia cognitiva individual evidenciassem remissão completa (38% apenas em terapia cognitiva individual e 72% em terapia cognitiva individual combinada à medicação). Curiosamente, 18% dos pacientes de terapia cognitiva de grupo abandonaram o tratamento prematuramente, comparados a 11% apenas em terapia cognitiva individual e a nenhum paciente (0%) na unidade de terapia cognitiva individual mais farmacoterapia tricíclica.

Conquanto os resultados, tanto das comparações de Shaw & Hollon como de Rush & Watkins, pareçam sugerir que a terapia cognitiva de grupo pode não ser tão eficaz quanto a terapia cognitiva individual, e pareçam es-

tar associados a um índice mais elevado de evado que na modalidade individual, a conclusão se afigura prematura, no momento. No estudo de Shaw e Hollon, as várias

unidades de tratamento não eram comparáveis stricto sensu. Embora os pacientes no trabalho de Rush et al. fossem aleatoriamente destinados ou à terapia cognitiva individual, ou à farmacoterapia tricíclica, os pacientes tratados sob a forma de grupos, conquanto retirados da mesma clínica de pesquisa, não faziam parte daquele mesmo grupo de sujeitos aleatoriamente distribuídos. As populações clínicas podem variar no tempo de maneiras sutis, porém importantes. Tirar conclusões definitivas sobre a eficácia comparativa da terapia cognitiva de grupo com base no que foi, em essência, uma comparação quase-experimental, pode mostrar-se arriscado. As descobertas dessa pesquisa podem ser encaradas como havendo demonstrado a viabilidade de tratar pacientes externos adultos numa modalidade de terapia cognitiva de grupo, mas não fica claro que possam ser encaradas como havendo demonstrado a eficácia intermediária da terapia cognitiva de grupo, enquanto relacionada à farmacoterapia tricíclica, menos eficiente, ou à terapia cognitiva individual, mais eficaz.

Da mesma forma, conquanto os pacientes na comparação de Rush e Watkins fossem randomicamente distribuídos, quer em terapia individual, quer em terapia de grupo, a partir da mesma amostra maior de sujeitos, o tratamento na(s) célula(s) de terapia cognitiva individual ora foi combinado com a farmacoterapia tricíclica, ora, não. Não ficou inteiramente claro com que base se determinou se um paciente tratado na modalidade individual receberia medicação ou não, parecendo que a decisão foi deixada a cargo do médico que efectuava o tratamento. Nessas condições, é totalmente possível que factores selectivos sutis, relacionados ao julgamento do médico, possam ter levado ao tratamento de pacientes potencialmente mais difíceis, na modalidade individual, através da combinação de terapia cognitiva individual mais medicamentos. Essas circunstâncias poderiam haver produzido o padrão de resultados encontrado, onde a modalidade da terapia de grupo faria menos que qualquer das modalidades individuais, enquanto as duas modalidades individuais (sem medicação x com medicação) mostrariam respostas comparáveis entre si, ainda que a terapia cognitiva de grupo fosse, na verdade, tão eficaz quanto a terapia cognitiva individual.

Efectivamente, parece justo dizer que a terapia cognitiva de grupo se afigura tanto viável quanto prática, e pelo menos tão eficaz quanto qualquer outra modalidade com a qual tenha sido comparada, com excepção da terapia cognitiva individual, com ou sem medicação. Embora esses dados sejam encorajadores, não são irrefutáveis. Espera-se que esses estudos iniciais promovam outras comparações, mais rigorosamente controladas, entre a terapia cognitiva de grupo e outras abordagens viáveis, especialmente a terapia cognitiva individual.

342

Ademais, parece haver poucos dados disponíveis, no momento, para discutir a questão da recaída pós-tratamento. Não está claro que a terapia cognitiva de grupo teria efeito semelhante, mas nossas expectativas dizem que sim. Como na terapia cognitiva individual, a eficácia da terapia cognitiva de grupo, a longo prazo, parece depender da execução de um conjunto de aptidões adquiridas pelo paciente durante o

tratamento, aptidões essas que, supostamente, permaneceriam à disposição do paciente muito depois do término da terapia.

CONCLUSÕES

No momento, há ainda algumas questões por responder acerca da natureza, dos parâmetros e da magnitude dos efeitos associados à terapia cognitiva como praticada na modalidade de grupo. Torna-se evidente, após vários anos de experiência, que esses grupos são, a um tempo, viáveis e, talvez, mais bem apoiados pela comprovação empírica que muitas das outras abordagens amplamente difundidas na clínica. Além disso, embora seja possível fornecer orientação sobre a montagem, o planejamento e a implementação da terapia cognitiva de grupo, essas instruções se baseiam amplamente em ensaio e erro clínicos assistemáticos, Os grupos fundamentais nesses princípios foram implementados da maneira descrita anteriormente, com resultados razoavelmente satisfatórios. Entretanto, parece sensato concluir que as abordagens cognitivas de grupo ainda estão relativamente pouco desenvolvidas. Embora as tentativas iniciais tenham sido suficientemente promissoras para dar apoio à maior experimentação clínica e aprimoramento, parece provável que esses esforços conduzam ao desenvolvimento de formas ainda mais eficientes de adaptar os procedimentos da terapia cognitiva à modalidade de grupo, mais eficaz do ponto de vista económico.

capítulo 17

A TERAPIA COGNITIVA E OS MEDICAMENTOS ANTIDEPRESSIVOS

INTRODUÇÃO

Recentemente, observou-se um reconhecimento crescente de que os termos "depressão" e "distúrbio afectivo" se referem a um grupo heterogéneo de problemas, que inclui condições psicopatológicas distintas (Mendels, 1974; Maas, 1975), Essas condições parecem reagir diferentemente à farmacoterapia (Baldessarini, 1977). Também mostram uma probabilidade de responder diferencialmente à psicoterapia, em especial à terapia cognitiva. Dado que os "distúrbios afectivos" são heterogéneos com respeito à resposta ao tratamento, o clínico se vê confrontado com o problema complexo de seleccionar o tratamento mais eficaz ou a combinação de tratamentos para cada paciente.

Este capítulo esboça as indicações e contra-indicações para a administração da terapia cognitiva, isoladamente e em conjunto com a farmacoterapia antidepressiva. Visto serem escassos os dados de pesquisas clínicas nessa área, nossas sugestões se baseiam, principalmente, na experiência clínica. Uma quantidade bem maior de

pesquisas clínicas se faz necessária para isolar os preditores específicos do uso da terapia cognitiva isolada ou num regime combinado. Além disso, este capítulo irá exemplificar o emprego das técnicas de mudança cognitiva, especificamente com a finalidade de aumentar o grau de entrosamento com um regime medicamentoso.

A medicação antidepressiva provou trazer benefícios significativos no tratamento de vários tipos de depressões, como se acha atestado por farta bibliografia. Os antidepressivos tricíclicos (imipramina, amitriptilina, desipramina, nortriptilina e protriptilina) e agentes afins (doxepin) são receitados, comumente, aos pacientes moderadas a gravemente deprimidos. Os inibidores de monoamina oxidase (fenelzina, tranilcipromina, nialamina

e outros) são também de especial valor em tipos específicos de depressões. Tanto na depressão unipolar quanto na bipolar, os antidepressivos tricíclicos parecem constituir a quimioterapia mais eficaz para reduzir sintomas depressivos agudos. Além disso, a terapia electroconvulsiva (TEC) continua a ser um procedimento altamente eficaz e, por vezes, salvador de vidas, nas depressões agudas apropriadamente seleccionadas. Se administrada adequadamente, a TEC pode ser usada quando a medicação antidepressiva se mostra ineficaz, ou quando os pacientes não conseguem tolerar os efeitos ou riscos colaterais associados aos antidepressivos.

O lítio pode agir como um antidepressivo para alguns pacientes, particularmente os que têm um histórico pessoal ou familiar de mania, Estudos recentes sugerem que o lítio seja superior ao placebo na redução de episódios maníacos e na prevenção das recaídas maníacas ou depressivas nos pacientes afectivos bipolares (ver Beek, 1973, pp. 90-91), A utilidade do lítio como profilático nas depressões não bipolares é menos certa, embora alguns estudos recentes efectivamente sugiram que tem um efeito profilático (Prien, Caffey e Klett, 1974).

A despeito do número expressivo de estudos que demonstram que os índices médios de reacção aos antidepressivos ultrapassam os da resposta ao placebo, e a despeito do uso amplamente difundido dos antidepressivos, o clínico que os receita deve pesar cuidadosamente diversos factores: o grau de resposta terapêutica à droga, sua aplicabilidade geral e a segurança de uma droga específica no tratamento do paciente individual. Com respeito à avaliação da resposta, a maioria das comparações droga-placebo é conduzida em períodos breves de algumas semanas e exposta em termos de médias relativas de grupos, nas várias medições de resultados, Por exemplo, Klerman et al. (1974) definiram uma "significativa melhora clínica" em termos de uma redução de 50% da sintomatologia inicial durante um período de 4 semanas de medicação activa. Contudo, uma redução de 50% na sintomatologia inicial ainda pode deixar alguns pacientes significativamente deprimidos e com necessidade de tratamento adicional. Além disso, não está claro se a redução de sintomas perdura por todo o tempo em que o paciente permanece sob medicação. Conquanto as diferenças droga-placebo máximas geralmente apareçam entre duas a dez semanas de tratamento,

o curso natural do episódio depressivo médio dura, geralmente, de 24 a 56 semanas (Robins e Guze, 1972). Embora as drogas estejam claramente associadas a reduções relativas nos níveis de sintomas, podem não produzir uma remissão completa que continue ao longo da manutenção da terapia antidepressiva.

A terapia cognitiva bem pode ter lugar no tratamento dos pacientes que fracassam na obtenção de completa remissão ou profilaxia pelo uso de medicamentos antidepressivos. Em outras palavras, o papel da tera-

pia cognitiva pode ser o de ampliar uma intensa resposta terapêutica à quimioterapia,

A estabilidade do tratamento diz respeito à manutenção da redução de sintomas em seguida ao término do tratamento activo. Numa medida cada vez maior, os clínicos tendem a manter tanto os pacientes deprimidos unipolares quanto os bipolares sob medicação permanente, da mesma forma que os diabéticos são mantidos com insulina (Davis, 1976; Klerman et al., 1974; Schou, 1968). Embora se estime que 55% de todos os casos catalogados não terão episódios subsequentes (Robins e Cuze, 1972), a depressão tem sido tradicionalmente considerada como um fenómeno episódico. No projecto Boston/New Haven (Klerman et al., 1974), 36% dos pacientes sensíveis à droga, que ficaram sem tratamento durante o período de acompanhamento, sofreram recaídas num prazo de 8 meses após a suspensão do remédio. Assim, parece que a confiança no uso profiláctico da medicação como forma única de terapia não é indicada no tratamento de muitos casos de depressão. Além disso, os efeitos colaterais a longo prazo dos antidepressivos tricíclicos e do lítio, ainda que pouco frequentes, podem ser muito graves.

Em alguns tipos de depressão, a terapia cognitiva pode alcançar maior estabilidade no tratamento que à quimioterapia (ver Capitulo 18). Formularíamos a hipótese de que a terapia cognitiva ajuda o paciente a aprender a monitorar, testar na realidade e modificar padrões estereotipados de pensamentos negativos. Assim, ele desenvolve novas formas de pensar sobre si mesmo e sobre o mundo. Se os padrões distorcidos de pensamento permanecerem inalterados, a teoria cognitiva prevê que eles predisporão o indivíduo a experimentar recaídas subsequentes.

O valor potencialmente profilático da terapia cognitiva é apoiado por nossos estudos recentes com pacientes externos moderada a gravemente deprimidos, tratados ou com quimioterapia tricíclica, ou com terapia cognitiva (ver Capítulo 18). Os pacientes de terapia cognitiva evidenciaram menor risco de recaída e um nível mais baixo de sintomas auto-relatados de sintomatologia depressiva, um ano após o término do tratamento. Embora sejam necessários estudos adicionais para confirmar essa descoberta, a terapia cognitiva pode contribuir para a manutenção da remissão, uma vez descontinuado o tratamento à base de drogas.

A aplicabilidade genérica dos antidepressivos também constitui uma questão importante. Algum subgrupos pequenos, porém significativos, de pacientes deprimidos não conseguem tolerar diversas medicações, face aos efeitos colaterais

nocivos ou à existência de enfermidades que impedem o uso de antidepressivos. A terapia cognitiva pode ser valiosa para esses pacientes que não podem tomar aquela medicação.

Mais importante, numericamente, é a aparente dificuldade de garantir que o paciente irá cumprir as prescrições medicamentosas, Embora o

grau de observância da patologia possa ser aumentado através de um trabalho mais cuidadoso na relação terapeuta-paciente, ao menos parte dos que suspendem a droga podem estar reagindo a efeitos colaterais incómodos e/ou a uma ausência de melhora percebida. Conquanto seja sempre difícil determinar com precisão porque um paciente interrompe prematuramente o tratamento, é provável que as estimativas dos índices de respostas se mostram falsamente aumentadas, pelo facto de serem excluídos dos cálculos absolutos de resposta os doentes que suspendem a medicação.

Para algumas amostras de pacientes externos, a terapia cognitiva pode ser mais genericamente aplicável que o tratamento antidepressivo. A taxa média de evasão entre os pacientes que recebem medicação activa, em estudos controlados de pacientes externos submetidos a drogas, é, em geral, de 25 a 30%. As terapias cognitivas ou cognitivo-comportamentais parecem resultar num índice mais baixo de evasão entre os pacientes externos deprimidos. (Rush e tal., 1977; McLean e Hkstian, 1978). Ademais, a terapia cognitiva pode ter um lugar importante no tratamento de depressões que requerem, especificamente, a quimioterapia. Desenvolvemos técnicas específicas de mudança cognitiva para aumentar a adesão aos regimes medicamentosos e para minoras a incidência de interrupção prematura dos tratamentos biológicos.

É importante notar que os antidepressivos tricíclicos mostram uma das mais baixas relações dose letal/dosagem terapêutica entre quaisquer uns medicamentos psicotrópicos. Muitos, mas não todos os pacientes deprimidos, são suicidas, e a disponibilidade dos meios é um factor chave nas tentativas de suicídio. Embora o potencial letal não chegue a desaconselhar o uso desses medicamentos, efectivamente acentua o empenho no sentido de desenvolver métodos alternativos de tratamento.

Finalmente, a terapia cognitiva pode ser conduzida no contexto do casal ou do grupo familiar (Rush, Shaw e Khatami, no prelo). Essas formas podem neutralizar, ou mesmo colocar a favor da terapia a raiva ou atitude crítica de um membro da família que, de outra forma, poderia solapar o cumprimento das instruções quanto à medicação, oferecendo ainda um método para modificar as interacções sociais prejudiciais ou antagónicas. Esse efeito modificador tanto pode melhorar a profilaxia, quanto facultar a identificação prematura de uma recaída iminente, assim assegurando um encaminhamento mais rápido para tratamento adicional. Essas especulações são apoiadas por um estudo recente, no qual o tratamento comportamental de pacientes externos obesos resultou em maior perda de peso quando os cônjuges foram incluídos na terapia (Brownell, Heckelman e

Westlake, 1977).

Efectivamente, parece que, em relação à resposta ao tratamento, as depressões são heterogéneas. As quimioterapias antidepressivas têm valor significativo no tratamento agudo e na profilaxia de algumas depressões. Como em relação a qualquer tratamento eficaz, existem riscos específicos associados ao uso desses agentes. Por outro lado, existem, segundo cremos, algumas depressões que respondem igualmente à terapia cognitiva (Rush, Hollon, Beck e Kovacs, 1978). Para um terceiro grupo de depressões, pode haver justificativa clínica para o uso de uma combinação de quimioterapia e terapia cognitiva. O clínico se depara com o problema de identificar os pacientes cuja depressão exige ou a terapia cognitiva, ou a farmacoterapia, ou uma combinação de ambas.

Um exame cuidadoso de cada paciente é essencial antes que seja seleccionada uma abordagem específica de: tratamento. Contudo, relação a alguns pacientes deprimidos, estamos algo limitados, no momento, em nossa capacidade de especificar o tratamento óptimo. Embora a avaliação inicial forneça ao clínico dados favorecedores de uma intervenção particular, faz-se necessária, muitas vezes, uma abordagem empírica de ensaio e erro.

Em outras palavras, uma vez iniciado o tratamento, avaliações cuidadosas são realizadas frequentemente, para determinar se o paciente está reagindo como seria esperável ao tratamento recomendado (terapia cognitiva, quimioterapia. ou uma combinação de ambas), Se a resposta do paciente for insatisfatória, o clínico deve ou reestruturar a abordagem (p. ex.: modificar as definições dos problemas, elevar a dose da medicação), ou passar para um tipo diferente de terapia (ex.: acrescentar a terapia cognitiva à farmacoterapia, ou vice-versa). A necessidade de avaliações frequentes durante o tratamento se torna claramente evidente quando se considera a seguinte possibilidade: mesmo após exame cuidadoso, o clínico pode se enganar no diagnóstico de um distúrbio maníaco-depressivo, interpretando-o como neurose depressiva e dando início, portanto, somente à terapia cognitiva. (Convém lembrar que não há provas de que esse tipo de depressão bipolar reaja à terapia cognitiva isolada. O lítio ou a medicação com antidepressivos tricíclicos continuam a ser os tratamentos preferenciais, tanto para o alívio de sintomas como para a profilaxia). Nesse caso, o terapeuta poderia tomar conhecimento do erro inicial somente quando o paciente deixasse de reagir à terapia cognitiva. Esse fracasso na resposta esperada deve alertar o clínico no sentido de reavaliar tanto o paciente quanto o tratamento seleccionado. Por outro lado, o fracasso repetido em reagir à medicação antidepressiva poderia indicar que o paciente reagiria à terapia cognitiva isolada.

A importância da falha no diagnóstico não deve ser subestimada. Num estudo recente com 100 pacientes portadores de depressão neurótica, amplamente avaliados

através de métodos clínicos e de pesquisa, consta-

tou-se posteriormente, num período de acompanhamento de 3 a 4 anos, que 18% deles tinham uma enfermidade bipolar (Akiskal, Bitar, Puzantian, Rosenthal e Walker, 1978). Além disso, o tratamento inadequado de pacientes externos deprimidos com antidepressivos representa um grave risco para muitos desses pacientes. Um recente estudo de acompanhamento de 10 anos (Robins e Guze, 1972) constatou que as depressões "neuróticas" menos graves eram tratadas da maneira menos adequada à base de antidepressivos e que revelavam mortalidade mais elevada, comparativamente aos pacientes mais gravemente deprimidos.

A combinação de antidepressivos e terapia cognitiva pode oferecer uma vantagem exclusiva no tratamento de outros tipos de depressão. Lamentavelmente, ainda não podemos especificar em definitivo os tipos de depressão para os quais essa terapia combinada é mais adequada.

Quais são os elementos essenciais à decisão entre prescrever medicamentos, terapia cognitiva, ou uma combinação deles?

Uma das dificuldades para definir a depressão tem sido o fracasso em especificar critérios coerentes para diagnosticar a síndrome depressiva. É frequentemente difícil determinar se um problema clínico é uma depressão ou algum outro distúrbio. Por exemplo, a esquizofrenia esquizo-acfetiva, para alguns investigadores, incluiria pacientes que na verdade, sofrem de uma enfermidade maníaco-depressiva. A "depressão mascarada" constitui outro grupo de "depressões" potenciais, no qual o paciente não revela sentir-se triste ou desanimado (Lopez-Ibor, 1972).

Embora ainda não haja um consenso quanto ao que constitui a depressão, os sinais e sintomas mais comumente observados nos pacientes aos quais os clínicos chamam deprimidos podem ser identificados e até subdivididos, conceitualmente, em elementos afectivos, comportamentais, cognitivos, somáticos e motivacionais (ver Beck, 1967, pp. 10-33). Algumas tentativas recentes de especificar os critérios nos quais basear o diagnóstico da síndrome depressiva podem ser de grande valor para o clínico, no sentido de assisti-lo em determinar se um paciente é portador de uma síndrome depressiva. Os seguintes critérios são empregados para diagnosticar um distúrbio depressivo grave (Spitzer, Endicott e Robins, 1978):

A. Um ou mais períodos distintos com humor disfórico, ou perda difundida de interesse ou prazer.

B. Cinco ou mais dos seguintes:

1. Aumento ou diminuição do apetite ou do peso
2. Sono excessivo ou insuficiente
3. Energia reduzida, fadigabilidade, cansaço
4. Agitação ou lentificação psicomotora

5. Perda de interesse ou prazer nas actividades habituais
6. Sentimentos de auto-reprovação, culpa

7. Capacidade diminuída de raciocínio ou concentração
8. Ideias recorrentes de morte ou suicídio
C. Duração dos traços disfóricos de pelo menos duas semanas
D. Necessidade de ajuda, ou prejuízo funcional prolongado
E. Ausência de outro diagnóstico principal (Ex.: esquizofrenia)

É provável que esses critérios sejam incorporados à nomenclatura oficial da Associação Americana de Psiquiatria. Os diagnósticos descritivos baseados em critérios específicos têm probabilidade de aumentar substancialmente a confiabilidade.

A desordem depressiva menor é diagnosticada quando há episódios de doença não psicóticos, nos quais o distúrbio mais destacado é o predomínio de um sentimento de depressão, sem a síndrome depressiva completa, embora alguns traços se encontrem presentes. Essa distinção entre "menor/maior" é importante, porque as observações clínicas sugerem que os distúrbios maiores tendem a exigir farmacoterapia. Entretanto, alguns distúrbios depressivos maiores podem reagir à terapia cognitiva isolada ou à abordagem conjunta, enquanto os distúrbios menores podem mostrar-se mais responsivos à terapia cognitiva, sem acréscimo da medicação antidepressiva. Essas impressões clínicas devem ser testadas através de estudos de pesquisa adicionais.

É importante ter em mente as limitações de uma abordagem diagnóstica descritiva. Embora tal sistema forneça uma base para determinar se um paciente está ou não sofrendo de uma síndrome depressiva, certos tipos de depressão podem ser arbitrariamente excluídos por ele. Em outras palavras, a validade desse esquema para todos os tipos de depressão ainda está por ser estabelecida. Ademais, alguns factores podem influenciar a frequência e a configuração dos sinais e sintomas apresentados pelo paciente. Idade, sexo, etnia, meio sócio-económico, personalidade pré-mórbida, nível de inteligência e gravidade da doença, todos podem influir na maneira como um paciente específico se apresenta e sente quando está deprimido. Por exemplo, os pacientes mais velhos tendem a apresentar maior preponderância de sintomas somáticos (distúrbios do sono, apetite, peso e perdas libidinais). A época e a condução efectiva da própria entrevista diagnóstica podem também influenciar significativamente esse diagnóstico descritivo. Por exemplo, um paciente cujo episódio depressivo esteja terminando espontaneamente, ou apenas começando, pode apresentar somente alguns dos sinais e sintomas esperados, que ocorrem no pico de gravidade da doença depressiva.

Mesmo que um paciente se encaixe nos critérios da síndrome depressiva, não é, necessariamente, um candidato à terapia cognitiva. Convém lembrar que as depressões são um grupo heterogéneo de problemas - heterogéneos com respeito à etiologia e à

resposta à terapia. Antes de mais

nada, sabe-se que alguns medicamentos provocam a síndrome depressiva (para uma excelente revisão, ler Lipwski, 1975). Drogas como a reserpina, a alfa-metidopa (anti-hipertensivo), o propranotol (medicamento cardáco), as pílulas anovulatórias e os esteróides podem causar a síndrome depressiva. O tratamento óbvio, se for seguro do ponto de vista médico, é a suspensão desses medicamentos, e não a administração de terapia cognitiva.

Em segundo lugar, alguns estudos indicam que os pacientes psiquiátricos frequentemente têm doenças clínicas não detectadas por ocasião do encaminhamento. Mesmo num ambiente médico (como uma clínica ou um hospital), os pacientes com queixas psiquiátricas devem ser rigorosamente examinados para levantar-se a existência de distúrbios médicos ocultos ou que contribuam para seu estado. Koranyi (1972) constatou que 50 entre 100 pacientes psiquiátricos externos seguidos deram mostras de doenças físicas, metade das quais não tinha sido diagnosticada por ocasião do encaminhamento.

Por outro lado, alguns distúrbios médicos específicos estão associados a vários tipos de psicopatologia, particularmente aos sintomas da síndrome depressiva (Schwab, Bialow, Brown e Holzer, 1967). Esses distúrbios incluem disfunções tireoidianas, adrenais e paralireoidianas, anemia maligna, infecções viróticas, câncer, epilepsia, carências vitamínicas, histerectomia e artrite reumatóide, entre outras. Além disso, a doença física frequentemente desencadeia um distúrbio psiquiátrico, particularmente a depressão. Estudos sobre as ocorrências precipitadoras relacionadas à instalação de depressões agudas apontam a doença física como a quinta causa mais comum (Lerf, Roatch e Bunney, 1970; Paykel, Klerman e Prusoff, 1970). Visto que o tratamento da doença física geralmente alivia a síndrome depressiva, o clínico deve conseguir um histórico das medicações actuais, da mesma forma que um relatório sobre o exame físico, a fim de identificar causas médicas potenciais da síndrome depressiva. Sem essa avaliação, a terapia cognitiva ou a medicação antidepressiva podem ser inadequadamente administradas.

Finalmente, outros distúrbios psiquiátricos podem ser erroneamente diagnosticados como síndrome da depressão. Aqui se incluem a esquizofrenia esquizo-afectiva (Kasanin, 1944) e a síndrome borderline (Grinker, Werble e Drye, 1968; Gunderson e Singer, 1975). Não existem dados controlados sobre os efeitos ou históricos de caso sugerindo que essas síndromes respondam ou não a terapia cognitiva. Contudo, é nossa impressão clínica que os pacientes com prejuízos mais graves da testagem no real têm menor probabilidade de reagir à terapia cognitiva isoladamente. Há uma necessidade real de estultos adicionais para determinar se o tratamento cognitivo é eficaz na síndrome borderline e na esquizofrenia esquizo-afectiva.

Presumindo que tenham sido excluídas as causas médicas da síndrome

depressiva, cabe ainda ao clínico decidir entre a prescrição da terapia

cognitiva e/ou da medicação antidepressiva. Essa decisão se assenta em nossa capacidade de identificar as depressões com probabilidade de reagir a um outro reatamento. Várias tentativas de subdividir os distúrbios aflitivos podem apoiar essa decisão (Becker, 1974; Klerman, 1971; Robins e Guze, 1972).

O Diagnostic and Statistical Manual de 1968 da Associação Americana de Psiquiatria (DSM-II) reconhece uma única depressão não-psicótica (neurose depressiva) e cinco tipos de depressões psicóticas (reacção psicótica depressiva; melancolia evolutiva; doença maníaco-depressiva: tipos maníaco, depressivo e circular). Vários estudos demonstram que tanto a depressão neurótica como as psicóticas reagem à medicação.

Na Grã-Bretanha, o termo psicose se refere a um prejuízo grave na testagem da realidade, que se manifesta por alucinações e ilusões. De acordo com essa definição, apenas 15% de todas as depressões são psicóticas (Klerman e Paykel, 1970). Entretanto, nos Estados Unidos, o uso da expressão "depressão psicótica" depende da gravidade dos sintomas e do grau de prejuízo funcional.

A prática correu te estabelece que essas depressões Psicóticas, de acordo com o DSM-II, são tratadas de modo mais eficaz através de métodos biológicos. O tratamento preferencial da melancolia involutiva continua a ser a terapia electroconvulsiva (TEC). As reacções psicóticas depressivas e a doença maníaco-depressiva, tipos maníaco ou circular, encontram sua melhor forma de tratamento no lítio, nos antidepressivos, ou, às vezes, nos medicamentos antipsicóticos (Freedman, Kaplan e Sadock, 1975). Não sabemos se a doença maníaco-depressiva, tipo depressivo, reage à terapia cognitiva, embora responder significativamente a drogas antidepressivas adequadas. Talvez a terapia cognitiva possa aumentar a eficácia dos tratamentos biológicos das depressões psicóticas, seja melhorando o grau de adesão ao regime medicamentoso, seja corrigindo atitudes e padrões de pensamento disfuncionais associados. Dado nosso estágio actual de conhecimento, não recomendaríamos a terapia cognitiva como tratamento único dessas depressões psicóticas.

Consideremos a depressão não-psicótica - neurose depressiva, diagnóstico feito para a maioria dos pacientes externos deprimidos. Embora os pacientes que sofrem de neurose depressiva efectivamente pareçam, em geral, responder à terapia cognitiva, esse grupo de pacientes pode também incluir algumas depressões que não são particularmente responsivas a essa abordagem cognitiva. Com efeito, um corpo crescente de informações indica que a neurose depressiva se refere a um conjunto de problemas. Ademais, alguns desses pacientes podem beneficiar-se da medicação antidepressiva.

Embora outras tentativas tenham sido feitas para subclassificar as de pressões (ex.: endógeno-reactiva; endogenomórfica-não-endogenomórfica;

primária-secundária), a pertinência desses agrupamentos dicotómicos para prever a reacção à terapia cognitiva não foi testada. A distinção dualista inicial entre depressões "reactivas" e "endógenas" ou "autónomas" tinha por objectivo diferenciar as depressões desencadeadas como resposta a acontecimentos do meio daquelas que não apresentavam um factor precipitante perceptível. Os que advogam essa dicotomia argumentam que as depressões endógenas reagem às drogas antidepressivas ou à terapia electro-convulsiva, enquanto que as depressões reactivas obtêm melhores resultados com a psicoterapia. Contudo, provas recentes sugerem que os pacientes que, de início, não relataram qualquer tensão precipitadora, identificam subsequentemente uma ou mais tensões, no decurso de uma entrevista cuidadosa (Leff et al., 1970). Outros investigadores também descobriram provas sugestivas de que a simples presença ou ausência da tensão relatada é de pouco valor na previsão da resposta à quimioterapia (Klein, 1974; Akiskal et al., 1978). De nossa parte, sugeriríamos que a presença ou ausência de tensão é de pouco valor na previsão da resposta à terapia cognitiva.

A distinção unipolar-bipolar é importante, porque as depressões bipolares (associadas a um histórico de mania ou hipo-mania) são mais bem tratadas com lítio e/ou com medicação tricíclica (Freedman et al., 1975). Muitas depressões unipolares não-psicóticas parecem responder bem à terapia cognitiva e é provável que outras reajam à medicação antidepressiva em conjunto com a terapia cognitiva, ou à medicação antidepressiva isolada (Rush et al., 1977).

Klein (1974) criou a expressão "depressão endogenomórfica" para designar uma desordem caracterizada pela inibição do sistema de prazer/recompensa em tal nível que o paciente não mais dispõe da capacidade de divertir-se. Pode haver ou não um precipitador ou tensão ambiental aparente. A inibição do mecanismo de prazer leva à "profunda perda de interesse pelo meio, com incapacidade de desfrutar da comida, do sexo ou dos hobbies." Ele hipotetiza que esses pacientes não podem experimentar prazer, seja através de entradas sensoriais, seja pela imaginação antecipada ou pela memória. Com frequência, exibem anormalidades drásticas na actividade psicomotora e nos ritmos somáticos (sono, apetite, manutenção de peso, libido). Podem ter ilusões. Todos os deprimidos bipolares e alguns unipolares se incluem nesse grupo "endogenomórfico". Klein acredita que as de pressões endogenomórficas respondam bem às drogas al1lidepressivas ou ao tratamento electro-convulsivo e que sejam difíceis de tratar exclusivamente pela psicoterapia.

Há algumas provas (Mendels e Cochrane, 1968) de que a presença de sintomas somáticos profundos preveja uma boa resposta às intervenções biológicas (ex.: TEC). OS sintomas somáticos graves parecem aumentar a probabilidade de resposta terapêutica aos antidepressivos. Assim, recomendaríamos ao clínico dar maior consideração ao uso de antidepressivos

no tratamento de pacientes com sintomas somáticos mais graves. Por exemplo, uma perda de 7,5 kg ou mais ao longo de 3 meses deve ser considerada um indicador clínico sugestivo da necessidade de incluir antidepressivos no plano de tratamento.

Faltam dados de pesquisa suficientes para testar as hipóteses de Klein. Entretanto, em nosso trabalho com 44 pacientes destinados ou somente à terapia cognitiva, ou à imipramina com breve terapia de apoio (vide Capítulo 18), constatamos que os casos com predominância de sintomas endogenomórficos mostravam melhores resultados ao final do tratamento, em qualquer das modalidades, que os casos onde havia menor número desses sintomas (Hollon, Beck, Kovacs e Rush, 1977). Assim, embora os sintomas somáticos possam ter algum valor na determinação do tipo de tratamento, sua relevância não é suficientemente específica para prever o grau de resposta, seja à medicação antidepressiva, seja à tarefa cognitiva.

Ademais, a terapia cognitiva pode ser um tratamento útil para a depressão endogenomórficas, quando combinada à medicação antidepressiva. Os antidepressivos podem aumentar a capacidade de alguns desses pacientes para participarem da psicoterapia; nessas circunstâncias, a terapia cognitiva pode se tornar ainda mais eficaz, se combinada à medicação. A pesquisa adicional se faz necessária para determinar se a terapia combinada tem valor específico para essas depressões endogenomórficas.

Em resumo, o termo "depressão" se refere a um grupo heterogéneo de problemas. As intervenções biológicas são tratamentos muito eficazes para algumas depressões e devem ser criteriosamente administradas, quando indicado. Ademais, a terapia cognitiva parece ter valor para alguns tipos de depressão. Nossa possibilidade de especificar as depressões responsivas à terapia cognitiva se mostra limitada pela ausência de um sistema consensual para classificar as depressões e pela falta de dados de pesquisa necessários. Entretanto, o aprimoramento dos diagnósticos descritivos e da avaliação biológica e psicológica pode contribuir para identificar as depressões que exigem medicação, assim como para seleccionar as depressões a serem destinadas à terapia cognitiva.

Podemos oferecer algumas sugestões, baseadas nos dados de pesquisa disponíveis e em nossas observações clínicas. Tais sugestões devem ser encaradas como impressões gerais, mais que como regras específicas. Vão além dos dados actualmente disponíveis e, como tal, continuam sujeitas à revisão. À medida que se acumulam maior experiência clínica e novas descobertas de pesquisa.

Algumas espécies de depressão parecem r4esponder relativamente bem aos tratamentos biológicos. Incluem as depressões bipolares (com mania ou hipomania) e as depressões psicóticas (com alucinações ou ilusões). Não há provas de que os pacientes portadores de psicoses (ilusões ou alucina-

ções) ou os que apresentam histórico de mania ou hipomania reajam à terapia cognitiva isolada. Dado o estágio actual de nossos conhecimentos, o tratamento exclusivo com a terapia cognitiva é contra-indicado para essas pessoas. Entretanto, o acréscimo da terapia cognitiva ao tratamento medicamentoso pode fortalecer a resposta geral de alguns desses pacientes.

As "depressões neuróticas" (diagnosticadas segundo os critérios do DSM-II ou dos de Klein, 1974), como um grupo, parecem reagir ao tratamento cognitivo isolado. Contudo, algumas depressões neuróticas segundo o DSM-II também parecem reagir à medicação isolada. Se a terapia cognitiva, em combinação com a quimioterapia ou seguindo-se a ela, traz alguma vantagem seja para o alívio de sintomas, seja para a profilaxia dessas depressões neuróticas, é assunto que permanece tema para estudos adicionais. Os pacientes com distúrbios afectivos menores têm maior probabilidade de se tornarem candidatos à terapia cognitiva isolada, enquanto que maior número dos distúrbios afectivos maiores exigirá ou a medicação ou a abordagem conjunta.

Não está claro, até aqui, se os pacientes com sintomas somáticos óbvios (sono, apetite, peso e libido reduzidos) e anedonia (depressões "endogenomórficas" de Klein) têm probabilidade de reagir à terapia cognitiva. Um estudo sugere que sim, no caso de algumas dessas depressões (Rush et al., 1977). Até que novas pesquisas estejam disponíveis, sugerimos que os sintomas somáticos agudos em depressões não-alucinatórias, não-ilusórias e não-bipolares constituem uma boa justificativa para incluir os antidepressivos no plano de tratamento, dada a substancial evidência de que os antidepressivos são eficazes nessas depressões. Recomendaríamos que o termo "agudos" fosse operacionalizado, traduzindo-se em perda de peso igual ao superior a 7.5kg ao longo de três meses, e/ou 2 ou mais horas de insónia matinal.

Outros indicadores potenciais de resposta à terapia cognitiva foram sugeridos, porém não testados em estudos controlados de pesquisa. A elevada reactividade aos acontecimentos do meio e uma história de instalação gradual da síndrome depressiva podem sugerir uma resposta melhor à terapia cognitiva. Um histórico de episódios breves e menos agudos de depressão pode prever uma boa resposta tanto para o tratamento psicológico quanto para o biológico.

Os seguintes critérios justificariam a administração exclusiva de terapia cognitiva:

1. Fracasso em responder a tentativas adequadas com dois antidepressivos.

2. Resposta parcial a doses adequadas de antidepressivos.
3. Fracasso em responder, ou resposta apenas parcial a outras psicoterapias.
4. Diagnóstico de distúrbio afectivo menor.
5. Humor variável, reactivo aos acontecimentos ambientais.
6. Humor variável, correlacionado com cognições negativas.

7. Sintomas de distúrbios somáticos brandos (sono, apetite, peso, libido).

8.Testagem da realidade (isto é, ausência de alucinações ou ilusões), amplitude de concentração e função de memória adequadas.

9. Incapacidade de tolerar os efeitos colaterais da medicação, ou provas de risco excessivo associado à farmacoterapia.

Os seguintes traços sugerem que a terapia cognitiva isolada não é indicada:

1. Provas de coexistência de esquizofrenia, síndrome cerebrais orgânicas, alcoolismo, abuso de narcóticos, retardamento mental.

2. O paciente é portador de doença clínica ou está tomando medicamentos passíveis de provocarem depressão.

3. Prejuízo óbvio da memória ou precária testagem da realidade (alucinações, ilusões).

4. História de episódio maníaco (depressão bipolar).

5. História de membro da família que respondeu a antidepressivos.

6. História de membro da família com doença bipolar.

7. Ausência de tensões ambientais precipitadoras ou exacerbadoras.

8. Baixa evidência de distorções cognitivas.

9. Presença de queixas somáticas agudas (exemplo: dor).

Os traços relacionados a seguir constituem indicações para terapias combinadas (medicação mais terapia cognitiva):

1. Resposta parcial ou inexistente à tentativa de terapia cognitiva isolada.

2. Resposta parcial, porém incompleta, à administração isolada de farmacoterápicos.

3. Observação precária das prescrições medicamentosas.

4. Evidência histórica de funcionamento inadaptativo crónico, com síndrome depressiva intermitente.

5. Presença de sintomas somáticos agudos e distorções cognitivas acentuadas (exemplo: desesperança).

6. Memória e concentração prejudicadas e acentuada dificuldade psicomotora.

7. Depressão aguda com risco de suicídio.

8. História de parente em primeiro grau que reagiu aos antidepressivos.

9. Histórico de mania em parente ou no paciente.

Não afirmamos que cada paciente que receba medicação deve também receber terapia cognitiva, nem acreditamos que a simples ausência de resposta à terapia cognitiva constitua uma indicação clara de que a intervenção biológica é necessário. Estamos, antes, buscando sugerir um esboço das regras para determinar se a

medicação antidepressivos isolada, a terapia cognitiva isolada ou uma combinação de terapia cognitiva e antidepressivos constituirão a forma de tratamento com maior potencial de sucesso. Actualmente, os dados de pesquisa clínica são insuficientes para fundamentar essas decisões em relação a cada paciente deprimido. Assim, encontramo-nos numa fase de desenvolvimento desse corpo de conhecimentos, na qual a experiência clínica e os dados de pesquisa disponíveis devem ser continuamente reavaliados para propiciar a selecção mais racional do(s) tratamento(s).

Para os próximos anos, antevemos maiores avanços na área da farmacoterapia. Esperamos que esses avanços aprimorem a eficácia, a segurança e a aplicabilidade geral da medicação para os pacientes com necessidade de tratamento biológico. Da mesma forma, poderíamos esperar melhorias adicionais também na terapia cognitiva. O desenvolvimento de técnicas adicionais de terapia cognitiva para modalidades específicas (exemplo: casais ou grupos) e/ou para outros subgrupos de pacientes também pode aprimorar sua eficácia e aplicabilidade. Assim, as instruções que oferecemos necessitarão de revisão, à medida que esses avanços forem feitos e que se acumulem dados adicionais de pesquisa,

Como assinalamos anteriormente, a despeito de quão cuidadosamente se avalie um paciente deprimido antes de seleccionar o tratamento, as avaliações iniciais podem ser enganosas ou incorreras (Akiskal et al., 1978), Dessa forma, todo "diagnóstico" inicial constitui apenas uma hipótese sobre a qual deve ser baseada a escolha do tratamento. Contudo, da mesma forma que com respeito a outras hipóteses, ela está sujeita à testagem empírica ao se tratar do paciente. Se o padrão de respostas não mostrar efeitos significativos após uma tentativa adequada de intervenção(-ões), o diagnóstico inicial e/ou o programa de tratamento devem ser reconsiderados e, em muitos casos, alterados.

O(s) tratamento(s) escolhido(s) deve fundamentar-se: (1) na formulação de um diagnóstico descritivo a partir de sinais e sintomas presentes e passados; (2) na identificação de distorções cognitivas que pareçam acessíveis aos métodos de modificação cognitiva e/ou que respondam aos eventos ambientais; (3) no cálculo dos riscos relativos e dos benefícios que tenham parecido acompanhar cada tratamento.

A escolha do tratamento pelo clínico deve basear-se numa avaliação cuidadosa e na resposta previsível do paciente ao tratamento. Além disso, o próprio tratamento deve ser talhado para o paciente individual. Há pacientes que não podem ou não aceitarão medicamentos por motivos médicos ou filosóficos, pacientes para os quais a psicoterapia em profundidade constitui um anátema e pacientes para os quais alguns componentes da terapia cognitiva são inaceitáveis. Assim, cabe ao clínico adaptar o tratamento ao paciente, sem sacrificar a eficácia potencial.

Em alguns casos, o uso criterioso de mais de uma abordagem psicoterápica é indicado, isto é, a terapia cognitiva pode ser combinada com outros acessórios não-biológicos ao tratamento. Por exemplo, consideremos o paciente que sofre de dor e

depressão crónicas. É nossa observação clínica (até aqui não apoiada por pesquisas controladas) que acessórios específicos ao tratamento (exemplo: relaxamento e/ou treinamento em biofeedback) são, por vezes, úteis para esses pacientes. Além disso, o acréscimo de instruções específicas dadas à família ou modificações na estrutura e funcionamento do sistema social do paciente também podem contribuir para a eficácia da terapia cognitiva, em alguns desses casos (Khatami e Rushi, 1978). Assim sendo, o clínico deve considerar cuidadosamente as várias modalidades terapêuticas disponíveis e pesar as vantagens e desvantagens de combinar a terapia cognitiva com outras intervenções psicoterápicas ou com a medicação, de acordo com cada paciente.

Todavia, acreditamos firmemente que uma abordagem indiscriminada do tratamento, na qual múltiplas terapias sejam simultaneamente empregadas, sem fundamentação lógica suficiente e/ou com uma avaliação incompleta, resultará em confusão, efeitos precários e, possivelmente, no agravamento da depressão. Acreditamos que os pacientes devam ser tratados com tão poucas técnicas ou medicamentos de cada vez quantos sejam clinicamente recomendáveis. Desse modo, uma tentativa adequada com uma modalidade ou conjunto de técnicas pode ser obtida, antes que se busque uma segunda abordagem alternativa.

O caso que se segue põe em foco alguns dos problemas que mostram a abordagem unificada de tratamento.

Uma viúva de 23 anos, branca, foi examinada na unidade de tratamento intensivo após uma tentativa de suicídio com uma superdose. O factor precipitante aparente fora a morte de seu marido, de 27 anos, em decorrência de leucemia, dois meses antes. Ela não tinha qualquer histórico psiquiátrico anterior, nem recebera tratamento.

No exame do estado mental, a paciente exibiu provas de uma testagem da realidade prejudicada e controle precário dos impulsos. Relatou alucinações auditivas e visuais nas semanas que antecederam sua tentativa de suicídio. Além disso, durante várias semanas depois da morte do marido, estivera rodando de carona pelo país, numa tentativa de "me animar".

Embora não se sentisse pessoalmente defeituosa, expressou sentimentos de vazio, solidão e abandono. Hostil e agressiva, negou que quisesse ver um psiquiatra. Ademais, apresentava sintomas somáticos acentuados da síndrome depressiva (distúrbio do sono, do apetite e libidinais e perda de peso). Não tinha histórico de mania ou hipomania, nem qualquer história familiar de depressão ou mania. Essa paciente foi diagnosticada como portadora de uma reacção psicótica depressiva.

Tratamento: Foi ministrada medicação psicotrópica (baixas doses de antipsicóticos e antidepressivos). A acentuada dificuldade da paciente para dormir (dormia menos que uma hora por noite), sua testagem defeituosa da realidade e o controle precário dos impulsos foram os alvos desse tratamento biológico.

Seu escore no Inventário Beck da Depressão foi 48. Foi liberada do hospital

após uma semana. Após um total de três semanas de medicação, seu e core IBD era 24. A essa altura, a paciente se tornara menos hostil e começava a aceitar a perspectiva de psicoterapia, Além disso, não teve outras alucinações e seu controle dos impulsos havia melhorado significativamente. Pareceu mais acessível à programação de sessões de terapia cognitiva duas vezes por semana, havendo iniciado o tratamento como paciente externa.

A princípio, suas cognições negativas acerca de aceitar o tratamento psiquiátrico e a medicação foram eliminadas e suficientemente neutralizadas para aumentar sua adesão ao tratamento recomendado. As cognições dirigidas contra sua aceitação do tratamento incluíam: "Não há nada que qualquer pessoa possa fazer para me ajudar e eu deveria estar morta"; "A vida não vale a pena sem meu marido". Embora essa paciente continuasse a exigir terapia cognitiva prolongada (15 meses) e medicação psicotrópica (12 meses) após essa crise, começou gradualmente a confrontar suas cognições negativas e a reorganizar a conceituação de seu relacionamento como o marido falecido.

Esse caso ilustra a importância do diagnóstico diferencial. Especificamente, e evidência de má testagem da realidade (alucinações) e controle precário de impulsos, além dos sintomas somáticos acentuados e do elevado potencial suicida, indicavam que a medicação teria valor significativo. O alvo inicial da terapia cognitiva consistiu em ajudar essa paciente a aceitar tanto a medicação quanto a psicoterapia. À medida que reagiu à medicação, pareceu viável a terapia cognitiva mais prolongada. O tratamento extenso da paciente demonstra como as depressões agudas podem exigir o apoio do esforço terapêutico por um período prolongado de tempo.

359

AUMENTANDO A ADESÃO À MEDICAÇÃO ATRAVÉS DAS TÉCNICAS DE MUDANÇA COGNITIVA

A importância de conseguir a adesão dos pacientes tanto aos esquemas psicoterápicos quanto medicamentosos é assunto que vem recebendo maior atenção. Alguns estudos indicam que menos da metade dos pacientes segue as prescrições médicas que exijam observância diária por vários meses (Sackett e Haynes, 1976). Esses números sugerem que a observância do tratamento pode ser o factor mais crítico a contribuir para uma resposta fraca (ou forte).

É sabido, clinicamente, que pode ser difícil fazer com que o paciente deprimido se empenhe no tratamento. O modelo cognitivo prevê que as distorções cognitivas contribuem acentuadamente para essa "paralisia da vontade" ou "motivação precária". O paciente deprimido pode acreditar que está irremediavelmente doente, que a terapia será ineficaz e que os caminhos para uma vida livre de depressão ou não existem, ou estão totalmente bloqueados. Consideradas essas ideias fixas, não surpreende que falte a esse paciente a motivação necessária à observância de um curso de tratamento prescrito.

A falta de atenção cuidadosa para com as atitudes e percepções do paciente em relação à farmacoterapia pode levar o clínico a diagnosticá-lo, erroneamente, como "desmotivado", quando, na verdade, as distorções negativas do paciente é que constituem o problema real. A "visão negativa do mundo" do paciente deprimido pode distorcer ainda mais suas ideias já negativas acerca da farmacoterapia, particularmente da medicação psicotrópica. Na fase inicial do tratamento, a depressão do paciente e, consequentemente, suas distorções cognitivas são, em geral, mais agudas. Além disso, a maioria dos pacientes abandona o tratamento (seja a terapia cognitiva ou a quimioterapia) nessa fase inicial. Ao aconselhar como alvo as conceituações negativas que o paciente faz do tratamento, o clínico consegue, muitas vezes, fortalecer a adesão ao plano de tratamento (ex.: medicação).

Ao lidar com a observância precária, eliciamos no paciente uma variedade de cognições sobre a medicação antes que seja tomada, cognições sobre os efeitos dela (tanto terapêuticos como colaterais) enquanto é tomada, e cognições acerca da depressão. Uma amostra dessas cognições é apresentada na Tabela 3.

As cognições distorcidas do paciente sobre a medicação e seus efeitos podem ser extremamente negativas durante um episódio agudo de depressão. Os pacientes gravemente deprimidos podem atentar selectivamente para as informações dos meios de comunicação e os relatos pessoais de familiares e amigos que reforcem sua opinião de que os medicamentos são ineficazes ou perigosos. Parece também atentar selectivamente e/ou exagerar os efeitos colaterais da medicação, uma vez que tenham começado a tomá-

la. Essa atenção selectiva (assim como o exagero, a inferência arbitrária etc.) também pode levar à conclusão errónea de que a medicação ou não está funcionando, ou está causando problemas graves.

TABELA 3
Exemplos de cognições que contribuem para a observância precária das prescrições médicas

Cognições sobre a medicação (antes de tomá-la):

1. Provoca dependência
2. Sou mais forte por não precisar de remédios
3. Sou fraco por precisar de remédios (muleta)
4. Não vai funcionar comigo
5. Se eu não tomar remédios, não sou louco
6. Não posso suportar os efeitos colaterais
7. Nunca me libertarei da medicação depois que começar

8. Não há nada que eu precise fazer, além de tomar o remédio
9. Só preciso tomar a medicação nos "dias ruins"

Cognições sobre a medicação (enquanto é tomada):

1. Já que não estou perfeitamente bem (nem um pouco melhor) após dias ou semanas, o remédio não está funcionando
2. Eu deveria sentir-me bem de imediato
3. O remédio vai resolver todos os meus problemas
4. O remédio não vai resolver os problemas, logo, como pode ajudar?
5. Não aguento a vertigem (ou "zonzeira") ou outros efeitos colaterais
6. O remédio faz de mim um zumbi

Cognições sobre a depressão:

1. Não estou doente (não preciso de ajuda)
2. Só os fracos ficam deprimidos
3. Mereço estar deprimido, já que sou um fardo para todo mundo
4. A depressão não é uma reacção normal a um mau estado de coisas?
5. A depressão é incurável
6. Sou parte da pequena percentagem que não reage a nenhum tratamento
7. A vida não vale a pena, portanto, porque deveria eu superar minha depressão?

O terapeuta deve ter em mente que o conjunto cognitivo negativo dos pacientes deprimidos distorce suas crenças quanto à medicação e as expectativas por eles relatadas enquanto a tomam. Compreendendo esse facto, o terapeuta tem maior probabilidade de investigar essas cognições contraproducentes e fornecer informações correctivas.

Ama mulher branca de 47 anos, mãe de dois filhos, procurou assistência com queixas de depressão aguda crónica nos 10 anos anteriores. Na avaliação, queixou-se de sono, apetite, peso e impulso sexual significativamente diminuídos. Relatou também preocupações suicidas, dificuldade de

concentração, crises intermitentes de pânico e ansiedade e várias fobias específicas. Não sofria de alucinações ou ilusões. Não tinha qualquer história de mania ou hipomania, embora tivesse uma história familiar de depressão.

A paciente queixou-se de dores de cabeça agudas intermitentes, desconforto abdominal, dores brandas e intermitentes no peito (sem indicação de doença das coronárias) e dores intermitentes no tornozelo e no joelho, diagnosticadas como artrite prematura. Essas queixas somáticas pareciam variar em gravidade de acordo com os

demais sintomas da síndrome depressiva. Haviam aparecido pela primeira vez após a instalação de sua depressão, 10 anos antes.

A paciente foi vaga acerca da tensão inicial que levou a sua primeira hospitalização: contudo, relatou múltiplas tensões ambientais diárias que pareciam contribuir, actualmente, para seu humor deprimido. As tensões mais recentes compreendiam a recente perda de emprego pelo marido, que resultara em acentuadas dificuldades financeiras para a família, e problemas de seu filho de 14 anos na escola e com autoridades legais.

O tratamento prévio incluíra três hospitalizações psiquiátricas, das quais as duas primeiras haviam compreendido terapia electro-convulsiva (TEC). Embora a primeira aplicação da TEC tivesse sido bem-sucedida, a segunda trouxe apenas alívio parcial por um ou dois meses.

Os medicamentos anteriores incluíam antipsicóticos (clorpromazina e tioridazina) e antidepressivos (amitriptilina, doxepin, imipramma e protriptilina). Esses diversos medicamentos haviam conduzido a um alívio apenas parcial e precariamente mantido, embora vários antidepressivos não tivessem sido adequadamente tentados (isto é, ela não tomara doses suficientemente grandes, por um período longo o bastante para testar com precisão a eficácia da medicação). Conquanto respondesse parcialmente a alguns desses antidepressivos, nunca se sentira completamente "ela mesma" nos últimos 10 anos.

Além disso, havia participado de aproximadamente 100 sessões semanais, até que seu seguro se esgotara. Cerca de metade dessas sessões tinha tido, primariamente, a natureza de apoio, visto que o terapeuta havia tentado direccioná-lo no sentido de manejar problemas e assuntos actuais. Recebera também cerca de 40 sessões semanais de orientação psicodinâmica, também sem alívio significativo dos sintomas.

Por ocasião da avaliação, estava tomando os seguintes medicamentos: um antidepressivo (doxepin), anti-psicóticos (clorpromazina e tioridazina), um ansiolítico (diazepan), um soporífico, um analgésico promovedor de dependência, um remédio para tiróide e medicação contra a artrite. Tomava também, intermitentemente, doses maciças de mega-vitaminas que lhe tinham sido receitadas, anteriormente, por outro terapeuta. Acreditava ter alergias múltiplas e submetera-se a diversos tipos de restrições alimenta-

res nos meses anteriores, na esperança de reduzir os sintomas depressivos que duravam há tantos anos.

Tratamento: O tratamento foi complexo e extenso. Consistiu de vários estágios.

PRIMEIRO PASSO: DESENVOLVIMENTO DE UMA ALIANÇA TERAPÊUTICA E COMBATE ÀS EXPECTATIVAS NEGATIVAS SOBRE O TRATAMENTO

A princípio, o estabelecimento de uma relação terapêutica foi a prioridade máxima.

No exame, ela se mostrara tão ansiosa que quase não fora capaz de descrever seus tratamentos anteriores. Parte de sua ansiedade se centrava na ideia de que seria confinada a um hospital e novamente submetida à TEC por causa de sua ideação suicida. O terapeuta descobriu essa ideia durante a avaliação, ao tentar estabelecer uma base cognitiva para a ansiedade da paciente. Simplesmente perguntou-lhe que tipo de sentimentos e ideias ela tivera enquanto sentada na sala de espera, antes do exame.

À medida que a história da paciente se desenrolou, ela forneceu dados com os quais foi possível contrariar aquelas cognições (por exemplo, a maior parte de seu tempo, enquanto deprimida, não fora passada em hospitais, sendo ela uma paciente externa; as indicações eram de que a TEC tinha sido apenas parcial e temporariamente eficaz e nem sequer fora utilizada em sua hospitalização mais recente).

Além disso, o terapeuta levantou a possibilidade (mas não a promessa) de um tratamento bem-sucedido de sua depressão, informando-a sobre diversas alternativas de tratamento. Ela havia presumido que nenhuma medicação teria qualquer valor, por mostrar apenas respostas parciais a alguns antidepressivos. Suas respostas precárias a dois tipos de psicoterapia no passado contribuíam também para seu pessimismo. O terapeuta discutiu outras abordagens psicoterápicas que poderiam provar-se valiosas.

A história de depressão crónica e "resistente a tratamento" trazida pela paciente levou o terapeuta a formular e discutir um plano que incluía tratamentos alternativos, a serem considerados caso a abordagem inicial se mostrasse ineficaz. As discussões iniciais se destinaram a ajudar a paciente a desenvolver uma atitude de "vamos ver se pode servir para alguma coisa" e a dar menos créditos à ideia de "nada vai funcionar".

SEGUNDO PASSO: SIMPLIFICAÇÃO DA MEDICAÇÃO

O objectivo seguinte consistiu em simplificar o esquema medicamentoso, sem sacrificar o benefício terapêutico. Para conseguir isso, o terapeuta le-

vantou as crenças da paciente sobre seus medicamentos. Ela achava que todos os remédios eram necessários e, de facto, que uma medicação adicional teria valor ainda maior. Para testar a validade dessas crenças, usou-se uma tarefa comportamental para ajudar a esclarecer, aos olhos da paciente, o efeito real de cada medicamento, assim como para identificar mudanças na medicação que pudesse ter valor.

Primeiramente, como trabalho de casa, ela preparou um registo diário, por escrito, da medicação que ingeria (tipo, dose e horário de ingestão de cada remédio). Além disso, devia registar suas queixas somáticas e de humor no momento de cada ingestão.

A seguir, promoveram-se mudanças graduais no esquema de medicação. Em primeiro lugar, o tratamento com mega-vitaminas foi completamente suspenso, pois parecia não ter trazido qualquer alívio nos vários meses anteriores. Em seguida,

reduziu-se a frequência da ingestão dos medicamentos, combinando-se os remédios sempre que possível (ex.: a medicação para a tiróide foi combinada com um agente antipsicótico pela manhã). Essa medida reduziu a frequência real de ingestão de oito para quatro vezes ao dia.

Seus registros de sintomas de ansiedade intermitente, com crises de pânico, tremores e taquicardia revelaram que esses sintomas eram mais agudos entre as 11 horas da manhã e as 7 horas da noite. Um questionário cuidadoso mostrou que ela vinha bebendo cerca de 22 xícaras de café por dia, tendo sido feito um diagnóstico preliminar de cafeínismo. A substituição por café descafeinado foi feita, de acordo com uma tabela gradual, ao longo das várias semanas subsequentes. Ela continuou a registrar seus sintomas sem alterar outras medicações. O registro forneceu-lhe provas de que o café era a causa provável de muitos de seus sintomas de ansiedade, dado que a substituição resultou num decréscimo de 70% dos sintomas.

Em seguida, o diazepan foi reduzido, à medida que se aumentou a dosagem de um único antipsicótico (tioridazina). A clorpromazina foi suspensa ao longo do mesmo período. Para conseguir isso, a tioridazina foi receitada numa posologia de quatro vezes ao dia, independentemente dos sintomas na ocasião, sendo o diazepan tomado em horários específicos, ao invés do sistema de "quando necessário". Assim, a paciente foi colocada numa tabela de dosagens com horários preestabelecidos para todos os remédios. Esperava-se que essa tabela enfraquecesse a associação que havia feito entre sentir-se perturbada e tomar remédios. A paciente era vista duas vezes por semana enquanto essas modificações eram feitas na medicação (durante as quatro ou cinco semanas seguintes do tratamento).

Eventualmente, ficou num regime de 30mg de hondazma três vezes ao dia e 100mg na hora de dormir, medicação para a tireóide e para artrite e uma pílula de analgésico em dias alternadoa. A medicação para dormir tornou-se desnecessária- O diazepam fora suspenso, assim como as mega-vitaminas. Finalmente, os antidepressivo (doxepin) foi fixado numa dosagem de 75mg duas vezes ao dia. Ela bebia três ou menos xícaras de café descafeinado por dia. Seu escore IBD (inicialmente 40) havia caído para 24 ao final dessa fase de manejo da medicação. Além disso, as queixas de ansiedade intermitente e da instalação de insónia haviam decrescido, embora não desaparecido.

TERCEIRO PASSO: MAXIMIZAÇÃO DOS BENEFÍCIOS DA MEDICAÇÃO

Para maximizar o benefício terapêutico potencial do esquema medicamentoso psicotrópico simplificado, o antidepressivo foi aumentado para 250mg/dia nas várias semanas seguintes. Com essa dosagem, a paciente se queixou de efeitos colaterais relativamente agudos (ex.: gosto seco seco e pastoso na boca, visão ligeiramente obscurecida e leves tonturas quando de pé, sem hipotensão ortostática mensurável).

Ao aumentar-se a dose do antidepressivo, o escore IBD da paciente não melhorou (faixa de 22-24). Assim, o antidepressivo foi descontinuado, após o quê o IBD) não mostrou piora nos sintomas.

QUATRO PASSO: IDENTIFICAÇÃO DAS COGNIÇÕES NEGATIVAS

Enquanto se faziam as alterações na medicação, as técnicas da terapia cognitiva eram empregadas para focalizar os sintomas-alvo de sua síndrome depressiva. A paciente reuniu cognições que revelaram temas coerentes tanto com a ansiedade como com a depressão. Tendia a perceber perigo e rejeição na maioria das situações e sentia-se pessoalmente impotente para influenciar de modo significativos seu marido ou seu filho. Acreditava-se um fracasso e interpretava múltiplos estímulos ambientais, mesmo os mais insignificantes, de modo que tendia a reforçar sua crença em sua própria ineficácia. Pode perceber que suas explosões de agressividade intermitentes estavam associadas a sua tendência a atribuir a causa de suas dificuldades com a família e o trabalho as pessoas a sua volta.

QUINTO PASSO:
CORRECÇÃO DAS COGNIÇÕES NEGATIVAS

Subsequentemente, foram empregadas técnicas adicionais de modificação cognitiva (ex.: método da coluna tríplice) para levantar e testar na realidade as evidências que apoiavam distorções cognitivas específicas. Por exemplo, essa paciente era uma pessoa particularmente inteligente e altamente motivada, que achava não estar trazendo nenhuma contribuição a quem quer que fosse e considerava sua vida sem sentido. O terapeuta e a paciente reviram os sucessos profissionais anteriores dela. As razões para seus problemas ocupacionais actuais foram isoladas através da solicitação de um registro de cognições. Dessa foram, foi possível identificar seu medo de fracassar num novo emprego.

Subsequentemente, foram conduzidos experimentos comportamentais para a validade daqueles pensamentos, sendo a paciente persuadida a fazer diversas entrevistas para novos empregos. Além disso, fez-se uma entrevista com seu marido. Ele declarou ter observado que ela mostrava uma resposta parcial ao tratamento até ali e que a apoiava na busca de novas oportunidades ocupacionais. Anteriormente, estivera tão preocupado com o estado dela e com seu potencial suicida que havia permanecido em casa, sem procurar, ele mesmo, um novo emprego. Esse comportamento levara a paciente a concluir que ele não queria mais trabalhar. Ela sentia que estava em vias de ser o único ganha-pão da família.

SEXTO PASSO: REAJUSTAMENTO FINAL DA MEDICAÇÃO

À medida que prosseguiu a terapia cognitiva, a paciente aprendeu a identificar e, posteriormente, a testar na realidade e modificar suas cognições. Começou a ver como essa aptidão resultava numa melhora imediata de seu humor. Levantou-se a hipótese de que a dosagem de tioridazina poderia ser mais reduzida; com efeito, a paciente começara a manifestar preocupação com a ingestão de tantos medicamentos por um período tão prolongado. Subsequentemente, a dosagem de tioridazina foi reduzida para uma dose final de 25mg três vezes ao dia. Ela continuou com a medicação para a tireóide pela manhã e continuou abster-se de café com cafeína. Tinha suspendido o analgésico, embora continuasse com o remédio para a artrite.

DO PASSO SÉTIMO AO DÉCIMO

A terapia cognitiva estendeu-se por um período de quase oito meses. De início, a paciente foi vista duas vezes por semana nos primeiros quatro me-

ses e, a seguir, uma vez por semana pelo prazo restante. Seguiram-se várias fases adicionais de tratamento, que incluíra: identificação e correcção de pressuposições não verbalizadas; experimentos comportamentais; acção com base em novas pressuposições (ensaio de papéis) e várias sessões com o casal para esclarecer seu relacionamento conjugal, identificando e corrigindo as pressuposições silenciosas mantidas pelos dois cônjuges. Foram também usadas sessões de aconselhamento familiar para identificar os protelas com o filho de 14 anos, a reestruturar a interacção familiar e solucionar algumas das questões.

Ao final do tratamento, o escore da paciente no Inventário Beck da Depressão era 15, havendo estado na faixa de 10 a 15 durante aproximadamente quatro meses antes do término do tratamento. O marido da paciente e ela própria haviam conseguido empregar-se.

No acompanhamento feito um ano mais tarde, o escore IBD da paciente foi 5. Naquele intervalo, sua filha se havia divorciado. Embora a paciente não entrasse num episódio depressivo, participou de três sessões de "reforço" em terapia cognitiva pata lidar com esse acontecimento perturbador e aflitivo da vida.

No acompanhamento feito dois anos mais tarde, o escore IBD da paciente continuava na faixa normal. Embora ela continuasse a tomar tioridazina (50mg/dia), não estava tomando qualquer outro agente psicotrópico. Suas queixas somáticas (que haviam diminuído acentuadamente ao final do tratamento activo) continuavam a mostrar-se muito infrequentes. Com efeito, ela suspendera a medicação contra a artrite após consultar-se com o médico da família. Os escores IBD em intervalos específicos estão relacionados abaixo:

Esses exemplo ilustra quão complexo pode ser o tratamento de algumas

depressões. O primeiro problema – o da observância do tratamento receitado foi combatido através do levantamento e correcção das cognições manifestadas logo no início da terapia. Apesar de acreditar que nenhum remédio teria utilidade, a paciente sentia que precisava de medicação adicional, mesmo depois de haver experimentado alívio incompleto com agentes farmacológicos anteriores.

Em segundo lugar, à medida que foram efectuadas alterações na medicação, empregaram-se técnicas cognitivas e comportamentais para demons-

trar à paciente os efeitos reais daquelas mudanças em seus sintomas. Dessa forma, foi-lhe mostrado que boa parte dos remédios aparentemente "necessários" não tinha valor.

As técnicas de modificação cognitiva foram facilmente empregadas uma vez que se estabilizou a medicação da paciente. Esse passo foi facilitado treinando-se a paciente na manutenção de registros antes da utilização da terapia cognitiva (i.e., encanto se processavam as alterações na medicação).

Adicionalmente, o exemplo ilustra o valor potencial de envolver o sistema social (marido e filho) no tratamento. O marido forneceu uma validação externa do progresso e os encontros do casal permitiram a correcção de várias distorções cognitivistas no relacionamento.

As sessões de "reforço" foram valiosas para ajudar a paciente a continuar empregando essas técnicas, quando surgiu uma oportunidade significativa (no caso, um acontecimento tensionante). Em essência, tais sessões propiciaram maior prática no emprego das técnicas que a paciente já havia aprendido.

Essa paciente necessitou de um volume extenso de terapia cognitiva, em comparação com o paciente comum. Aparentemente, sua história mais crónica de depressão lhe tornava mais difícil recordar ocasiões em que não houvesse estado deprimida. Além disso, a terapia cognitiva foi criteriosamente estruturada para incluir sessões com a família (marido e filho), dado que o sistema social parecia estar contribuindo para a manutenção da sintomatologia depressiva que ela apresentava.

A relutância inicial da paciente em engajar-se na psicoterapia pareceu ceder depois que ela se beneficiou de uma resposta parcial ao tratamento psico-farmacológico. Enquanto sua medicação era simplificada, ela aprendera a prestar cuidadosa atenção e a registar efectivamente seu comportamento, seus pensamentos e seu estado de ânimo. Essa aptidão foi então usada como parte das estratégias subsequentes de mudança cognitiva (ex.: técnica da coluna tríplice).

Assim, empregou-se a terapia cognitiva para obter o cumprimento de uma prescrição medicamentosa, para modificar cognições depressogénicas específicas e pressuposições silenciosas e para alterar o sistema social. Finalmente, esse exemplo ilustra como uma melhoria contínua pode seguir-se ao término do tratamento activo, sem a adição de outros medicamentos psicotrópicos. Desse modo, observou-se que o comportamento social e ocupacional da paciente continuou a aprimorar-se, quando afectados os acompanhamentos após um e dois anos.

Várias técnicas podem ser empregadas para reforçar a observância dos tratamentos medicamentosos e para corrigir as distorções cognitivas que diminuem a adesão. Podemos começar a combater essas ideias através da informação. Primeiramente, o paciente é solicitado a ler (e poste-

riormente, discutir com o terapeuta) o folheto introdutório coping with depression (Beck e Greenberg, 1974). Esse texto explica como as distorções fazem parte da depressão (da mesma forma que a dor no peito é parte do ataque cardíaco). À medida que são modificadas essas visões irrealisticamente negativas, os pacientes podem esperar ser mais realisticamente optimistas acerca deles mesmos, de seu futuro e do tratamento.

Além da informação impressa, o terapeuta pode usar técnicas de mudança cognitiva para combater directamente as cognições negativamente distorcidas que contribuem para a observância precária. Cabe ao terapeuta discutir a base das cognições negativas sobre a medicação e os efeitos positivos e negativos específicos que o paciente prevê. Consideramos muito mais útil levantar, primeiramente, as cognições, investigar em seguida a base dessas cognições e, finalmente, fornecer as informações correctivas. Esse método deve ser distinguido da abordagem clínica comum, que consiste simplesmente em falar com o paciente sobre os medicamentos e seus efeitos esperados, sem investigar, primeiramente, as ideias do paciente a respeito.

Este método pode ser implementado formulando-se ao paciente perguntas do tipo: "Você alguma vez tomou medicamentos antidepressivos anteriormente? Qual foi sua experiência com eles? O que acha que deve acontecer como consequência de tomar essa medicação? Como chegou a essa opinião?" Às vezes, os pacientes têm a ideia errónea de que as drogas antidepressivas (normalizadores do estado de ânimo) são parecidas com as drogas estimulantes, assim como as anfetaminas – que viciam e produzem euforia imediata. Outros crêem que a medicação é uma muleta e que tomá-la constitui uma prova de que são particularmente fracos ou preguiçosos. Em terceiro lugar, em função de experiência prévia com tratamentos medicamentosos inadequados, muitos pacientes, supondo que todos os antidepressivos são iguais, pensam que, já que uma medicação fracassou em produzir alívio completo, todas as demais medicações e posologias serão igualizaste ineficazes. Além disso, alguns têm a opinião de que, se não tomarem remédios, isso será prova de sua saúde mental, ao passo que a ingestão de medicamentos é uma comprovação de enfermidade mental grave. Essa ideia está frequentemente relacionada à experiência com parentes ou conhecidos que tomaram medicamentos anti-psicóticos, mas continuaram a sofrer hospitalizações frequentes. Essas experiências podem levar o paciente a acreditar, erroneamente, que tomar a medicação aumenta a probabilidade de hospitalização (ou que é o passo, no tratamento, que precede a hospitalização).

Outros acreditam que os antidepressivos são receitados para toda a vida. A ideia do tratamento pela vida inteira é apoiada pela noção errónea de que esses

medicamentos provocam dependência.

369

A observância precária da ingestão de antidepressão pode resultar ainda de experiências prévias com medicamentos ansiolíticos. Muitos pacientes terão tomado agentes "antiansiedade" (ex.: diazepan, clordiazepóxido etc.) tem termos de "quando necessário". Desse modo, terão resolvido que qualquer emoção disfórica (sentir-se perturbado) é uma indicação para tomar remédios. Em vista de haverem tomado medicamentos quando se sentiam ansiosos, tentam tomar antidepressivos quando se sentem tristes. Embora os ansiolíticos efectivamente aliviem a ansiedade aguda, os antidepressivos não são indicados para a tristeza. O paciente deve ser instruído a tomá-los de acordo com uma tabela fixa de horários, e não em termos de "quando necessário". Assim, um "bom dia" não constitui indicação de que o medicamento deva ser suspenso. Essas ideias podem ser corrigidas, muitas vezes, através da simples informação directa. Ocasionalmente, a importância de obter-se um nível específico da droga no sangue é valiosa para desfazer a ideia de que um episódio de disforia seja justificativa para a ingestão de medicamentos.

Finalmente, os pacientes deprimidos frequentemente acredita, de modo erróneo, que a medicação produzirá efeitos colaterias "terríveis". Essa ideia pode ser proveniente de uma interacção de sua tendenciosidade cognitiva negativa com relatos de efeitos colaterais nocivos ouvidos de amigos ou através dos meios de comunicação. Muitos pacientes deprimidos de bom nível educacional adquirem o Physician's desk reference ou outro livro que enumere não apenas os efeitos colaterais mais comuns, mas virtualmente todos os efeitos colaterais relatados em qualquer ocasião na literatura de pesquisa. A frequência e gravidade reais desses efeitos colaterais, em geral, não estão especificadas. O paciente (devido à distorção cognitiva) focalizará a atenção nos efeitos colaterais mais graves ou que soem mais exóticos e presumirá que eles têm grande probabilidade de ocorrer, como consequência da medicação actualmente receitada. Ocasionalmente, a correcção específica dessas cognições envolve uma revisão da literatura que o paciente já consultou, para ajudá-lo a desenvolver uma perspectiva realista - um senso adequado da probabilidade real dos diversos efeitos colaterais.

Algumas expectativas irreais podem também contribuir para a observância precária. Certos pacientes nutrem a expectativa de sentir uma melhora total imediata, após um ou dois dias de medicação com antidepressivos. É comum não se recordarem de haver recebido a informação de que os antidepressivos levam três a quatro semanas para produzir efeitos terapêuticos, depois de atingida a dose correcta. Assim, tendem a concluir, erroneamente, após uma tentativa de alguns dias, que a medicação não irá funcionar. Seu conjunto cognitivo negativo (ex.: atenção selectiva para a ausência do efeito) aumenta a probabilidade da observância precária.

Além disso, o conjunto cognitivo negativo leva os pacientes a focali-

zar os problemas persistentes, ao mesmo tempo em que deixam de relatar as melhoras parciais reais de alguns sintomas que, de facto, sofrem remissão durante o tratamento medicamentoso (ex.: melhora no sono). Um inventário de sintomas (Inventário Beck da Depressão) se mostra muito útil ao contribuir para a avaliação da melhora e evitar que se dependa exclusivamente dos relatos verbais.

Alguns pacientes têm a expectativa de que todos os problemas de suas vidas serão solucionados pela administração dos medicamentos. Quando os problemas persistem, interpretam esse facto como prova de que a medicação não tem valor. Assim, problemas conjugais ou ocupacionais persistentes, que geralmente requerem tempo para ser solucionados e que podem exigir psicoterapia, são percebidos pelo paciente como prova de que a medicação - ineficaz. Consequentemente, a disposição do paciente a tomar os remédios pode diminuir.

Por outro lado, os pacientes podem acreditar que a medicação antidepressiva não solucionará nenhum de seus problemas, nem transformará sua capacidade para resolver qualquer desses problemas. Essa opinião também é incorrecta, dado que se sabe que os antidepressivos melhoram a concentração e fazem decrescer o sentimento de desamparo, a culpa, as preocupações suicidas e o cansaço fácil. Assim, para determinados pacientes, a medicação tende a contribuir para que funcionem num nível mais eficiente e, portanto, confrontem de maneira mais eficaz as questões interpessoais mais complexas.

As visitas mais frequentes parecem valiosas para aumentar a adesão. Encontrando-se uma vez por semana (ou duas, nos casos graves), terapeuta e paciente podem colaborar para monitorar os efeitos colaterais e terapêuticos. Essa rotina permite também a correcção regular das distorções cognitivas. É possível levantar e corrigir as atitudes negativas e as ideias distorcidas que ocorrem enquanto o paciente toma a medicação receitada.

Uma vez que esta seja estabilizada, as visitas podem ser menos frequentes.

Vários pacientes já estão num esquema, complexo de medicação.

Com frequência, esse esquema pode resultar de consultas a muitos médicos, cada um dos quais receitou vários agentes, sem tentar simplificar a posologia para o paciente. As interacções entre múltiplos agentes medicamentosos são, em geral, precariamente estudadas.

Para a maioria dos pacientes deprimidos, os agentes farmacológicos múltiplos geralmente não são necessários e devem ser evitados, salvo se especificamente indicados para depressões específicas, resistentes ao tratamento. Como indicamos acima, os métodos cognitivos podem ser empregados para simplificar a administração de medicamentos. O paciente registra os sintomas específicos, sua frequência e a dosagem de medicamentos utilizada, durante uma ou duas semanas. Esse registro permite, tanto ao médico quanto ao paciente, monitorar as alterações nos sintomas, à medi-

da que ocorrem, enquanto é ajustada a posologia. Além disso, ajuda o paciente a se dar conta de que os ajustamentos são eficazes e não prejudiciais. Finalmente, confirma o fato de o paciente estar realmente fazendo as mudanças recomendadas.

A manutenção de tabelas também pode ser valiosa na estimativa dos efeitos colaterais. Certos pacientes tendem a rotular como "efeitos colaterais" sintomas da depressão que já estavam presentes antes do início da medicação. O registro diário por escrito fornece ao paciente, por vezes, provas convincentes de que esses sintomas não são efeitos colaterais. A conscientização desse facto resulta, amiúde, em maior adesão.

Além disso, quando o paciente começa a experimentar efeitos colaterais (ocorrência que não é incomum no início do tratamento com antidepressivos), suas cognições sobre esses efeitos colaterais (os estímulos somáticos) podem ser identificadas e corrigi das através do registro escrito. Por exemplo, o doente pode sentir a boca ressecada, o que às vezes se manifesta de modo muito agudo no início do tratamento. Quando isso ocorre, o terapeuta pode tranquilizá-lo quanto ao facto de que a ingestão contínua na mesma dosagem tenderá a levar à menor acentuação do efeito colateral, ao longo do tempo, à medida que ele se acomode à medicação.

Os telefonemas podem ter grande valor para melhorar a observância, particularmente no começo do tratamento. Deve-se dizer ao paciente que telefone antes ao terapeuta, ao invés de fazer alterações na medicação independentemente. Os efeitos colaterais, as cognições negativas e as expectativas irreais frequentemente contribuem para um manejo precário da administração de medicamentos. Os telefonemas constituem um método para o levantamento e correcção dessas cognições, antes que conduzam a uma observância precária ou à interrupção prematura do tratamento.

As sugestões fornecidas anteriormente para a utilização de métodos cognitivos com a finalidade de reforçar a adesão baseiam-se, fundamentalmente, na experiência clínica. A abordagem cognitiva deixa espaço para o desenvolvimento de métodos adicionais para melhorar a adesão. Obviamente, faz-se necessária a pesquisa adicional para determinar quão eficazes são esses métodos e para quais pacientes são indicados.

Em resumo, este capítulo enfocou as questões do diagnóstico diferencial, da terapia conjunta (terapia cognitiva mais medicação) e da adesão. Com base nos dados de pesquisa disponíveis e em nossa experiência clínica, fornecemos um conjunto de instruções que, sem dúvida, serão modificadas à medida que se acumularem maiores conhecimentos. A área das técnicas de mudança cognitiva para aumentar a adesão justifica a pesquisa adicional. É importante ter em mente que o conjunto cognitivo negativo na depressão pude contribuir para a adesão precária e que é importante corrigir essas ideias, tanto no início como no decurso de qualquer tratamento que tenha sido recomendado.

capítulo 18
ESTUDOS SOBRE OS EFEITOS DA TERAPIA COGNITIVA

O Capítulo 1 expôs sucintamente o modelo cognitivo da depressão. Essa teoria constitui a base para o desenvolvimento das técnicas específicas da terapia cognitiva da depressão. A terapia cognitiva deriva-se da seguinte formulação: a fonte da depressão é um conjunto hipervalente de conceitos negativos; portanto, pode-se esperar que a correcção e o amortecimento desses esquemas aliviem a sintomatologia depressiva. Como detalhamos nos capítulos anteriores, o terapeuta cognitivo e seu paciente trabalham em conjunto para identificar as cognições distorcidas, derivadas das crenças disfuncionais. A análise lógica e a testagem empírica são empregadas para corrigir essas cognições negativas distorcidas, Através da atribuição de tarefas específicas, o paciente aprende a realinhar seu raciocínio com a realidade e a dominar os problemas e situações de vida que anteriormente considerava insuperáveis,

O modelo cognitivo parece fazer "sentido" e permite o desenvolvimento de técnicas terapêuticas específicas. Entretanto, se a terapia cognitiva tem ou não valor, efectivamente, no tratamento de pacientes deprimidos, é assunto para estudos empíricos. Adiciononalmente, os trabalhos sobre a eficácia da terapia cognitiva constituem uma testagem indirecta do modelo cognitivo. Se as técnicas para corrigir as cognições não apresentam vantagens específicas sobre a ausência de tratamento ou sobre controles inespecíficos de tratamento, podemos concluir que as cognições negativas, embora presentes em associação com ânimo deprimido, podem constituir simplesmente um efeito secundário do próprio estado de ânimo, ou um epifenómeno, ao invés de terem relação causal com o distúrbio. Em segundo lugar, se (como prevê a teoria) as atitudes disfuncionais contribuem para uma predisposição à depressão, e se essas atitudes forem corrigidas através da terapia cognitiva, uma certa profilaxia contra a recaída seria propor-

cionada aos pacientes tratados pela terapia cognitiva, em comparação a nenhum tratamento ou, talvez, a outros tratamentos. Mais uma vez, os estudos empíricos podem testar directamente essa ideia.

Certo número dos textos, na literatura especializada, que apoiam o uso das técnicas cognitivas ou comportamentais, são históricos de caso e estudos análogos. Por exemplo, Rush, Khatami e Beck (1975) relataram o tratamento de três pacientes com depressão crónica reincidente, empregando uma combinação de técnicas cognitivas e comportamentais. A principal modalidade comportamental foi o uso das programações de actividades. A abordagem cognitiva dirigiu-se no sentido de expor e corrigir as distorções negativas dos pacientes acerca das actividades empreendidas. Esses pacientes, que não havia recebido auxílio substancial da terapia à base de drogas, mostraram melhora rápida e continuada com a terapia cognitiva, como demonstraram seus escores nas medições clínicas e auto-relatadas.

ESTUDOS SISTEMÁTICOS: VOLUNTÁRIOS DEPRIMIDOS

Recentemente, alguns estudos utilizando planejamentos controlados de pesquisa avaliaram a eficácia relativa dos procedimentos cognitivos e comportamentais, isoladamente ou em combinação. Conquanto tais estudos

devam ser considerados preliminares, devido a questões de pesquisa tais como o tamanho da amostra e a gravidade da sintomatologia na população estudada, observou-se que os tratamentos que focalizam alvos cognitivos e comportamentais se mostraram eficazes no alívio da depressão. Mais ainda, pareceram mais eficazes que as abordagens não-directivas e de apoio.

Shipley e Fazio (1973) demonstraram que uma abordagem de tratamento individual, que fornecia alternativas funcionais de resolução de problemas, resultou em melhoras significativamente maiores, em estudantes deprimidos voluntários, que um grupo de controle submetido ao apoio de interesses. Vinte e quatro sujeitos de tratamento e 25 componentes do grupo de controle receberam 3 sessões de uma hora num período de 3 semanas, com um mesmo terapeuta. Além dos efeitos significativos do tratamento, os autores constaram que esses efeitos não contingentes às expectativas iniciais dos sujeitos.

Taylor (1974; Taylor e Marshall, 1977) conduziu uma comparação controlada de tratamentos, entre grupos que receberam modificação cognitiva, modificação comportamental, modificação cognitiva e comportamental e um grupo em lista de espera. Um terapeuta tratou de vários estudantes universitários deprimidos voluntários em cada grupo. Taylor (1974) concluiu que os estudantes deprimidos voluntários nos grupos de tratamento

exibiram melhora significativa da depressão, comparados aos sujeitos de controle da lista de espera. Além disso, o tratamento combinado mostrou-se superior tanto ao tratamento cognitivo quanto ao comportamental, isoladamente.

Gioe (1975) comparou (a) um tratamento modificado de mudança cognitiva em combinação com uma "experiência positiva de grupo", (b) um tratamento de modificação cognitiva, (c) um tratamento consistindo de uma "experiência positiva de grupo", isolado, e (d) um controle em lista de espera, usando uma modalidade terapêutica de grupo com 10 estudantes deprimidos voluntários em cada grupo, Gioe (1975) constatou que o tratamento combinado era claramente superior no alívio da sintomatologia depressiva.

Hodgson e Urban (1975) demonstraram que tanto um procedimento de aptidões comportamentais interpessoais quanto um programa de tratamento que alterava as percepções interpessoais de estudantes universitários deprimidos voluntários eram significativamente mais eficazes que a ausência de tratamento. Adicionalmente, constataram que os procedimentos comportamentais foram mais eficazes que as

técnicas de percepção interpessoal.

Os resultados de dois estudos sobre efeitos, conduzidos por Rehm e seus colaboradores (Fuchs e Rehm, 1977; Rehm, Fuchs, Roth, Kornblith e Romano, 1978), indicaram a eficácia de um programa terapêutico de autocontrole comportamental com voluntárias deprimidas. No primeiro estudo, o grupo de autocontrole e um grupo placebo não-directivo produziram, na depressão, modificações significativamente diferentes das observadas num grupo controle em lista de espera. Essas modificações mostraram manter num acompanhamento seis semanas mais tarde. No segundo estudo, o grupo de autocontrole foi comparado a um grupo de treinamento em aptidões sociais. Dois pares de terapeutas trataram um grupo terapêutico em cada uma das situações durante seis sessões semanais, Enquanto os sujeitos em ambas as situações melhoraram com a terapia. O grupo de autocontrole exibiu maior melhora com relação aos sintomas da depressão.

ESTUDOS SISTEMÁTICOS: PACIENTES CLÍNICOS DEPRIMIDO

Observação: Embora o uso de voluntários com escores superiores a determinados pontos de corte numa variedade de escalas de depressão seja importante na apresentação de um planejamento de pesquisa estritamente controlado, além de fornecer provas preliminares da eficácia de um tipo particular de terapia, a generalizabilidade dessas descobertas para uma população clinicamente deprimida, que procura ajuda, precisa sempre ser de-

monstrada. Esse princípio é enfatizado pelos levantamentos comunitários que indicam que indivíduos diagnosticados como neuróticos, mas que não procuram ajuda, saem-se muito melhor que indivíduos semelhantes que procuram e recebem auxílio psiquiátrico.

Uma maior confiança na aplicabilidade dos procedimentos cognitivos a uma amostra clínica resultou de um estudo efectuado por Shaw (1975; 1977). Ele tratou estudantes deprimidos que haviam procurado ajuda num Serviço Universitário de Saúde e que foram avaliados através de testes psicométricos e exames clínicos independentes, feitos por dois psicólogos. Novamente, empregou-se uma modalidade terapêutica de grupo, com um terapeuta tratando de seis sujeitos em cada grupo. Constatou-se que a terapia cognitiva era significativamente mais eficaz que a terapia comportamental (trucidamento de aptidões interpessoais), a terapia não-directiva e um controle em lista de espera. Os procedimentos comportamentais e não-directivos foram significativamente melhores que a ausência de tratamento.

Num estudo de pacientes externas deprimidas (não estudantes universitárias), Morris (1975) comparou (a) um "programa cognitivo-comportamental didáctico", (h) uma "terapia orientada para o insight" (programa experimental não estruturado centrado na autocompreensão) e (c) um grupo controle em lista de espera. Quatro

terapeutas foram usados para tratar dois subgrupos distintos em cada uma das categorias de tratamento. Vinte e dois sujeitos formavam o grupo cognitivo-comportamental, 17 estavam no grupo de insight e 12 funcionavam como controles. Morris (1975) constatou que o travamento cognitivo-comportamental mostrou-se tão eficaz num período de 3 quanto num período de 6 semanas, quando o número de sessões (6) permaneceu constante. Essa descoberta é importante, dado que um dos tratamentos da abordagem cognitiva é que mudanças significativas podem ocorrer num período de intervenção limitado no tempo.

Usando um delineamento de linha de base múltipla com um único sujeito experimental (A-B-A), Schmickley (1975) relatou melhoras significativas numa amostra com 11 pacientes externos deprimidos, num Centro Comunitário de Saúde Mental, como resultado directo da intervenção de um tratamento cognitivo-comportamental. Cada sujeito foi visto individualmente por um terapeuta em 4 sessões de uma hora. Quatro terapeutas (mas não o autor) participaram do estudo. Mudanças no sentido de uma melhora foram observadas em 11 entre 12 medições psicométricas e comportamentais após o tratamento. Os pacientes tinham linhas de base de duração variável antes do início do tratamento; um período subsequente de acompanhamento por 2 semanas foi controlado, para observar-se a remissão espontânea. Resumidamente, nenhuma mudança ocorreu durante o período de base; os pacientes melhoraram significativamente como resultado da intervenção do tratamento de duas semanas; sofreram recaída quando o tratamento foi suspenso. A reinstauração do tratamento nesse ponto teria

seguido o já aceito paradigma. A-B-A-B, e os resultados teriam sido mais convincentes.

Um estudo piloto intensivo foi empreendido na Universidade da Pensilvana (Rushi, Beck, Kovacs e Hollon, 1977) para avaliar a eficácia relativa da terapia cognitiva e de uma droga antidepressiva (hidrocloreto de imipramina) no tratamento de 41 pacientes externos deprimidos. Verificou-se que a terapia cognitiva era mais eficaz que a imipramina.

Esse estudo foi estendido a 44 pacientes externos deprimidos, estando agora disponíveis os dados de acompanhamento. Todos eram pacientes psiquiátricos externos auto-encaminhados, que satisfaziam aos critérios diagnósticos de pesquisa para a síndrome depressiva (Feighner, Robins, Guze, Woodruff, Winokur e Monoz, 1972). Todos tinham um diagnóstico de neurose depressiva, de acordo com o Diagnostic and statistical Manual-II. Como grupo, eram, em sua maioria, brancos, com educação universitária parcial e em torno dos 35 anos.

Suas histórias pregressas e os Inventários Multifásicos de Personalidade de Minnesota (MMPI) indicavam um grau substancial de psicopatologia. Em geral, os pacientes haviam estado intermitente ou cronicamente deprimidos por 9 anos e 25% deles tinham estado hospitalizados, anteriormente, em decorrência da depressão. Em

média, os pacientes haviam-se consultado com mais de dois terapeutas antes do início do estudo. O episódio depressivo médio actual datava de 12 meses, por ocasião do ingresso na pesquisa. Todos os pacientes estavam moderadas a gravemente deprimidos ao início do tratamento, segundo relatório pessoal (Inventário Beck da depressão), avaliação de observador (Escala de Avaliação de Hamilton) e avaliação por terapeuta (Escala Raskin). Setenta e cinco por cento reportaram ideação suicida significativa no começo do tratamento. Assim, a população de pacientes deprimidos unipolares mostrava, em geral, um grau substancial de psicopatologia e uma história de resposta precária a outras psicoterapias. (Foram excluídos os pacientes que haviam demonstrado resposta anterior precária à quimioterapia, em vista do que a amostra se tornou tendenciosa contra a psicoterapia.)

Os pacientes foram aleatoriamente distribuídos ou em terapia cognitiva individual, ou em farmacoterapia (hidrocloreto de imipramina), por 12 semanas de tratamento. A psicoterapia recomendada consista em duas sessões terapêuticas semanais de uma hora de duração, com um máximo de 20 consultas. A farmacoterapia consistia em não menos que 100 e não mais que 250mg diárias de imipramina, receitada em consultas semanais com duração de 20 minutos, por um máximo de 12 semanas.

A metodologia da terapia cognitiva foi especificada num manual de tratamento de 100 páginas. Os terapeutas foram sistematicamente super-visionados, uma vez por semana, por três clínicos experientes. Todas as sessões foram gravadas em audiovisual e controladas em termos de fideli-

dade ao protocolo. Os terapeutas eram principalmente residentes psiquiátricos que haviam tratado de apenas dois casos "práticos", com supervisão, antes de tratar dos casos da pesquisa.

Ambos os grupos de tratamento eram equivalente em termos de características demográficas, históricos de doença, tratamento e gravidade média da depressão ao início do tratamento. Dos 19 pacientes destinados à terapia cognitiva, 18 completaram o tratamento, num período médio de 11 semanas. Dos 25 pacientes destinados à farmacoteraia, 17 completaram o tratamento no mesmo período médio de tempo.

Ao final do tratamento activo, ambos os grupos de tratamento mostraram decréscimos estatisticamente significativos ($p>0,001$) na sintomatologia, de acordo com relatórios pessoais, avaliações de observadores e estimativas dos terapeutas. O índice de resposta tanto para a farmacoterapia quanto para a terapia cognitiva ultrapassou as faixas conhecidas de resposta placebo em pacientes externos deprimidos (Morris e Beck, 1974). Ao final do tratamento, a terapia cognitiva resultou em melhoras consideravelmente maiores que a farmacoterapia, segundo auto-relatórios e avaliações clínicas da depressão feitas por observadores ($p>0,01$).

Dos pacientes em terapia cognitiva, 78,9% mostraram acentuada melhora ou

remissão completa ao final da terapia, enquanto que apenas 20,0% dos completaram a farmacoterapia exibiram grau semelhante de resposta. Ambos os tratamentos resultaram em decréscimos substanciais nos relatórios subjectivos e nas avaliações de ansiedade baseadas nos entrevistadores.

O índice de evasão durante o tratamento activo foi significativamente maior em relação à farmacoterapia que à terapia cognitiva ($p<0,01$). Entretanto, mesmo eliminando da análise dos dados esses pacientes que abandonaram a terapia, os pacientes em terapia cognitiva exibiram melhora significativamente maior na sintomatologia depressiva que os de farmacoterapia ($p<0,05$).

Os dados de acompanhamento seis meses após o término indicam que os ganhos do tratamento foram mantidos em ambos os grupos. Um número significativamente maior de indivíduos do grupo tratado com drogas retornou ao tratamento durante o período de acompanhamento. Os pacientes destinados à terapia cognitiva mostraram níveis consideravelmente mais baixos de depressão aos 3 e aos 6 meses do acompanhamento. Considerando apenas aqueles que completaram o tratamento, os pacientes em terapia cognitiva exibiram níveis acentuadamente mais baixos de depressão aos 3 meses ($p<0,05$) e uma tendência ($p.<0,10$) em direcção a níveis mais baixos de depressão 6 meses após o tratamento.

O acompanhamento dos que completaram o tratamento revelou que, embora muitos pacientes tivessem uma evolução clínica intermitentemente sintomática, os dois grupos ainda mostravam manutenção dos benefícios

de seus tratamentos 12 meses após o encerramento do protocolo. Entretanto, a sintomatologia depressiva auto-avaliada mostrou-se marcantemente menor nos pacientes tratados com terapia cognitiva que nos completaram a farmacoterapia. Adicionalmente, os pacientes tratados com imipramina tiveram um índice cumulativo de recaída igual ao dobro do observado entre os pacientes tratados igual ao dobro do observado entre os pacientes tratados pela terapia cognitiva (Kovacs, Rush, Beck e Hollon, 1978).

Esse é o primeiro estudo controlado de efeitos a demonstrar a superioridade de qualquer intervenção psicológica ou comportamental sobre a farmacoterapia, em pacientes externos moderada a gravemente deprimidos. Obviamente, serão necessários estudos adicionais rara determinar que forma de terapia é mais eficaz para um dado subgrupo de depressivos.

Finalmente, um estudo sugerindo que a terapia cognitiva isolada pode ser eficaz no tratamento de pacientes deprimidos hospitalizados foi conduzido pelo Dr. Brian Shaw no Hospital Universitário da University of Western Ontario. Os pacientes foram retirados de duas fontes: (a) pacientes deprimidos hospitalizados num pavilhão de metabolismo para estudos endocrinológicos, aos quais foi indicado o tratamento com terapia cognitiva em função de o procedimento de pesquisa proibir o uso de terapia

medicamentosa, e (b) pacientes deprimidos que se haviam provado refratários à medicação antidepressiva. A média etária dos 11 pacientes era de 40 anos, numa faixa de 29 a 66. Havia 6 mulheres e 5 homens no estudo. Todos os pacientes tinham um diagnóstico de depressão primária.

O escore médio no Inventário de Depressão foi 29.8 (com uma distribuição de 19 a 41), por ocasião da admissão no hospital. Na alta, o escore IBD médio foi de 15.6. O número médio de semanas no hospital foi de 8.1. Dez dos onze pacientes exibiram considerável melhora. Por ocasião da alta, os escores de depressão (dos que haviam melhorado) estavam na faixa normal para 3 dos pacientes na faixa branda para 5 e na faixa moderada para 2 deles. Num acompanhamento após 4 a 6 semanas, o escore IBD médio foi de 13.5; assim, evidenciou-se que a melhora fora mantida.

Terapia cognitiva comparada À combinação de terapia cognitiva e amitriptilina. Um estudo recente desenvolvido por nosso grupo comparou o

efeito da (1) terapia cognitiva isolada com (2) o da combinação de terapia cognitiva e amitriptilina, receitada de acordo com uma tabela flexível de dosagem, propiciando eficácia máxima da droga. Os critérios de admissão para o estudo foram semelhantes aos do trabalho de Rush et al. (1977), com a excepção de que os pacientes esquilo-afectivos foram aceitos nesse estudo mais recente, para determinar se o acréscimo da medicação antidepressiva lhes traria benefícios. Trinta e três pacientes foram aleatoriamente distribuídos entre as condições de tratamento e tratados em sessões individuais, de acordo com o procedimento descrito no estudo de Rush et al. Dos 18 pacientes destinados à terapia cognitiva isolada, 4 foram suspensos da

pesquisa devido a uma quebra de protocolo (em decorrência de faltas às consultas ou de uma decisão, por parte do chefe da clínica, no sentido de aumentar a frequência das sessões ou acrescentar medicação). Um desses pacientes mostrou uma descompensação esquizofrénica e recebeu fenotiazina. Os 3 pacientes retirados do grupo de tratamento combinado não mostraram observância satisfatória do esquema medicamentoso.

Eliminados os casos descontinuados, havia 14 pacientes somente em terapia cognitiva e 12 na situação de terapia combinada. O grupo de terapia cognitiva mostrou uma redução em seus escores no Inventário Beck da Depressão de 31,0 para 8,64 ao término do tratamento. O grupo de terapia cognitiva combinada à amitriptilina mostrou uma redução nos escores de 29,9 para 9,83. Os índices na Escala de Depressão de Hamilton HRS-D) para o grupo de terapia cognitiva decresceram de 22,0 para 6,00; o grupo combinado mostrou uma queda de 20,08 para 5,55. Assim, ambos os grupos exibiram uma melhora altamente significativa e clinicamente substancial. No acompanhamento após 6 meses, esses ganhos tinham sido parcialmente mantidos (IBD) 12,8 e HRS 9,0 para terapia cognitiva isolada; IBD 14,4 e IRS 8,75 para o tratamento combinado). Não foram encontradas diferenças

significativas entre os dois grupos ao término da terapia ou durante o período de acompanhamento. Assim, as seguintes conclusões podem ser tiradas a partir desse estudo:

1. O grupo em terapia cognitiva (com excepção dos pacientes esquizo-afectivos) respondeu aproximadamente tão bem nesse estudo quanto no de Rush e tal.

2. O acréscimo de amitriptilina à terapia cognitiva não aumentou a eficácia desta última naquela situação de tratamento.

Entretanto, esse resultado não afasta a possibilidade de que, para um dado indivíduo, o acréscimo de uma droga antidepressiva possa ter efeito aditivo em relação à terapia cognitiva. De facto, em nossa experiência clínica, temos observado que, no caso de alguns pacientes (não incluídos no estudo de pesquisa) que não pareciam estar reagindo à terapia cognitiva, o acréscimo de medicação antidepressiva pareceu ter o efeito quase imediato de romper o impasse da terapia.

RESUMO

Um exame detido dos relatórios publicados sobre estudos controlados da psicoterapia da depressão mostrou a superioridade significativa dos tratamentos cognitivos ou comportamentais (ou cognitivo-comportamental combinado) sobre grupos de controle ou grupos de comparação. Dentre

382

esses, seis (6) estudos usaram voluntários, quer estudantes, quer indivíduos recrutados da comunidade; quatro (4) estudos empregando terapia cognitiva, ou alguma variação dessa abordagem, usaram populações clínicas reais (vide Tabela 4).

Um estudo inédito sugere que a terapia cognitiva sem medicação antidepressiva pode ser um tratamento poderoso para uma grande parcela dos pacientes deprimidos hospitalizados. Outro sugere que a adição da medicação antidepressiva não aumenta a eficácia da terapia cognitiva isolada.

Em resumo, as provas disponíveis apontam a eficácia da terapia cognitiva num continuum de indivíduos deprimidos, desde os estudantes universitários subclinicamente deprimidos até os pacientes internos deprimidos hospitalizados.

383

APÊNDICE: MATERIAIS

385

INVENTÁRIO BECK

Nome: … Data: …

Neste questionário existem grupos de afirmativas. Por favor, leia cuidadosamente cada um deles. A seguir, seleccione a afirmativa, em cada grupo, que melhor descreve como você se sentiu NA SEMANA QUE PASSOU, INCLUINDO O DIA DE HOJE. Desenhe um círculo em torno do número ao lado da afirmativa que houver seleccionado. Se várias afirmativas no grupo parecerem aplicar-se igualmente bem, circule cada uma delas. Certifique-se de ler todas as afirmativas de cada grupo antes de fazer sua escolha.

1.

0 Não me sinto triste.
1 Sinto-me triste.
2 Sinto-me triste o tempo todo e não consigo sair disso.
3 Estou tão triste ou infeliz que não posso aguentar!

2.

0 Não estou particularmente desencorajado(a) quanto ao futuro.
1 Sinto-me desencorajado(a) quanto ao futuro.
2 Sinto que não tenho nada por que esperar.
3 Sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar.

3.

0 Não me sinto fracassado(a).
1 Sinto que falhei mais do que o indivíduo médio.
2 Quando olho para trás em minha vida, tudo que vejo é uma porção de fracassos.
3 Sinto que sou um fracasso completo como pessoa.

4.

0 Obtenho tanta satisfação com as coisas como costumava fazer.
1 Não gosto das coisas da maneira que costumava gostar.
2 Não consigo mais sentia satisfação real com coisa alguma.
3 Estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo,

5.

0 Não me sinto particularmente culpado(a).
1 Sinto-me culpado(a) boa parte do tempo.
2 Sinto-me muito culpado(a) a maior parte do tempo.
3 Sinto-me culpado(a) o tempo todo.

6.

0 Não sinto que esteja sendo punido(a).

1 Sinto que posso ser punido(a).
2 Espero ser punido(a).
3 Sinto que estou sendo punido(a).

7.

0 Não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a).
1 Sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a).
2 Sinto-me aborrecido(a) comigo mesmo(a).
3 Eu me odeio.

8.

0 Não sinto que seja pior que qualquer outra pessoa.
1 Critico-me por minhas fraquezas ou erros.
2 Responsabilizo-me o tempo todo por minhas falhas.
3 Culpo-me por todas as coisas ruins que acontecem.

9.

0 Não tenho nenhum pensamento a respeito de me matar.
1 Tenho pensamento, sobre me matar, mas não os levaria adiante.
2 Gostaria de me matar.
3 Eu me mataria, se tivesse uma oportunidade.

10.

0 Não costumo chorar mais que o habitual.
1 Choro mais agora do que costumava fazer.
2 Actualmente, choro o tempo todo.
3 Eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo, ainda que queira.

11.

0 Não me irrito mais agora em qualquer outra época.
1 Fico molestado(a) ou irritado(a) mais facialmente do que costumava.
2 Actualmente, sinto-me irritado(a) todo o tempo.
3 Absolutamente: não me irrito com as coisas que costumavam irritar-me.

12.

0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.
1 Interesso-me menos do que costumava pelas outras pessoas.
2 Perdi a maior parte de meu interesse nas outras pessoas.
3 Perdi todo meu interesse nas outras pessoas.

13.

0 Tomo decisões mau ou menos tão bem quanto em qualquer outra época.

1 Adio minhas decisões mais do que costumava.
2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
3 Não consigo mais tomar decisão alguma.

14.

0 Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser.
1 Preocupo-me por estar parecendo velho(a) ou sem atractivos.
2 Sinto que há mudanças permanente, em minha aparência que me fazem parecer sem atractivos.
3 Considero-me feio(a).

387

15.

0 Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.
1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
2 Tenho que me forçar muito até fazer qualquer coisa.
3 Não consigo fazer nenhum trabalho.

16.

0 Durmo tão bem quanto de hábito.
1 Não durmo tão bem quanto costumava.
2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo que de hábito e tenho dificuldade de voltar a dormir.
3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.

17.

0 Não fico mais cansado(a) que de hábito.
1 Fico cansado(a) com mais facilidade do que costumava.
2 Sinto-me cansado(a) ao fazer quase qualquer coisa.
3 Estou cansado(a) demais para fazer qualquer coisa.

18.

0 Meu apetite não está pior que de hábito.
1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.
2 Meu apetite está muito pior agora.
3 Não tenho mais nenhum apetite.

19.

0 Não perdi muito peso, se é que perdi.
1 Perdi mais de 2,5kg
2 Perdi mais de 5kg

3 Perdi mais de 7,5kg

Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos.
Sim: … Não:…

20

0 Não me preocupo mais que de hábito com minha saúde.

1 Preocupo-me com problemas físicos, como dores e aflições, ou perturbações no estômago, ou prisão de ventre.

2 Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e é difícil pensar em muito mais que isso.

3 Estou tão preocupado(a) com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.

21.

0 Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.

1 Estou menos interessado(a) em sexo do que costumava.

2 Estou bem menos interessado(a) em sexo actualmente.

3 Perdi completamente o interesse no sexo.

388
ESCALA DE IDEAÇÃO SUICIDA
(Para os que apresentam a ideia)

Nome: … Data da Entrevista: …

Legendas:
D.E.: Data da Entrevista
E.C./P.A.D.: Época da Crise/Ponto mais Agudo da Doença

1. Características da Atitude Acerca de Viver/Morrer

1. Desejo de Viver: - D.E.: ( ) E.C./P.A.D.: ( )

0. Moderado a forte
1. Fraco
2. Nenhum

2. Desejo de Morrer: - D.E.: ( ) E.C./P.A.D.: ( )

0. Nenhum
1. Fraco
2. Moderado a forte

3. Razões para Viver/Morrer: - D.E.: ( ) E.C./P.A.D.: ( )

0. Para viver superam para morrer
1. Aproximadamente iguais
2. Para morrer superam para viver

4. Desejo de Fazer Tentativa de suicídio Activa: - D.E.: ( ) E.C./P.A.D.: ( )

0. Nenhum
1. Fraco
2. Moderado a forte

389

5. Tentativa Passiva de suicídio: - D.E.: ( ) E.C./P.A.D.: ( )

0. Tomaria precauções para salvar a vida
1. Deixaria a vida/morte ao acaso (ex.: atravessar sem cuidado uma rua movimentada)
2. Evitaria os passos necessários para salvar ou preservar a vida (ex.: diabético que pára de tomar insulina)

Se o código lançado nos itens 4 e 5 for "0", pular as secções II, III e IV e indicar "g". "Não Aplicável" em cada um dos espaços em branco destinados à indicação do código.

II. Características da Ideação/Desejo Suicida

6. Extensão do Tempo: - D.E.: ( ) E.C./P.A.D.: ( )

0. Períodos breves, transitórios
1. Períodos mais longos
2. Contínua (crónica) ou quase contínua

7. Dimensão Temporal: Frequência - D.E.: ( ) E.C./P.A.D.: ( )

0. Rara, ocasional
1. Intermitente
2. Persistente ou contínua

8. Atitude face à Ideação/Desejo: - D.E.: ( ) E.C./P.A.D.: ( )

0. Rejeição
1. Ambivalência, indiferença
2. Aceitação

9. Controle sobre Acção Suicida/Desejo de Acting-out: - D.E.: ( ) E.C./P.A.D.: ( )

0. Tem senso de controlos
1. Inseguro do controle

2. Não tem nenhum senso de controle

10. Empecilhos à Tentativa Activa (ex.: família, religião; dano grave de malsucedida; irreversível: - D.E.: ( ) E.C./P.A.D.: ( )

0. Não se suicidaria por causa de um empecilho

1. Alguma preocupação com os empecilhos

2. Preocupação mínima ou ausente em relação a empecilhos (Indicar empecilhos, se houver: …

390

11. Razão para a Tentativa Almejada: - D.E.: ( ) E.C./P.A.D.: ( )

0. Manipular o meio, chamar a atenção, vingar-se

1. Combinação de "0" e "2"

2. Escapar, pôr um fim, resolver problemas

III. Características da Tentativa almejada

12. Método: Especificidade/Planejamento: - D.E.: ( ) E.C./P.A.D.: ( )

0. Não considerado

1. Considerado, mas sem elaboração de detalhes

2. Detalhes elaborados/bem formulado

13. Método: Disponibilidade/Oportunidade: - D.E.: ( ) E.C./P.A.D.: ( )

0. Método indisponível; ausência de oportunidade

1. Método exigiria tempo/esforço: oportunidade não realmente disponível

2a. Método e oportunidade disponíveis

3a. Oportunidade ou disponibilidade futuras do método já previstas

14. Senso de "Capacidade" de Fazer Tentativa: - D.E.: ( ) E.C./P.A.D.: ( )

0. Sem coragem, fraco demais, medroso, incompetente

1. Inseguro da coragem e competência

2. Seguro da competência; coragem

15. DEIXAR EM BRANCO

16. Expectativa/Previsão de Tentativa Real: - D.E.: ( ) E.C./P.A.D.: ( )

0. Não

1. Incerto, inseguro

2. Sim

17. DEIXAR EM BRANCO - D.E.: ( ) E.C./P.A.D.: ( )

IV. Efectivação da Tentativa almejada

18. Preparação Efectiva: - D.E.: ( ) E.C./P.A.D.: ( )
0. Nenhuma
1. Parcial (ex.: começando a coleccionar pílulas)
2. Completa (ex.: tinha pílulas, lâmina, revólver carregado)

19. Bilhete Suicida: - D.E.: ( ) E.C./P.A.D.: ( )
0. Nenhum
1. Começou, mas não concluiu ou deixou em qualquer lugar; apenas pensou a respeito
2. Concluiu; colocou no lugar

391
20. Actos Finais na antecipação de Morte (seguro, testamento, presentes etc.): - D.E.: ( ) E.C./P.A.D.: ( )
0. Nenhum
1. Pensou a respeito ou tomou algumas providências
2. Faz planos definitivos ou concluiu arranjos

21. Disfarce/Ocultamento da Tentativa Almejada: - D.E.: ( ) E.C./P.A.D.: ( )
0. Revelou as ideias abertamente
1. Protelou a revelação
2. Tentou iludir, esconder, mentir

V. Factores Históricos

22. Tentativas Anteriores de Suicídio
0. Nenhuma
1. Uma
2. Mais de uma

23. Intenção de Morrer Associada à Última Tentativa (se N/A, indicar "8"): - D.E.: ( ) E.C./P.A.D.: ( )
0. Baixa
1. Moderada; ambivalente, inseguro
2. Elevada

392
REGISTRO DIÁRIO DE PENSAMENTOS DISFUNCIONAIS

Data: …

Situação
Descrever:
1. Evento real levando à emoção desagradável, ou
2. Corrente de pensamentos, devaneio ou lembrança conduzindo à emoção desagradável

Emoção(ões)
1. Especificar triste/ansioso/zangado etc.
2. Indicar o grau da emoção (1-100).

Pensamento(s) automático(s)
1. Anotar o(s) pensamento(s) automático(s) precendente(s) à(s) emoção(ões)
2. Indicar a intensidade da crença no(s) pensamento(s) automático(s) – 0 a 100%

Resposta racional
1. Anotar a resposta racional ao(s) pensamento(s) automático(s)
2. Indicar intensidade da crença na resposta automática (0 a 100%)

Efeitos
1. Reavaliar crença no(s) pensamento(s) automáticos(s): 0-100%
2. Especificar e indicar grau de emoções subsequentes (0 a 100).

Explicação: Quando experimentar uma emoção desagradável, anote a situação que parecer haver estimulado a emoção. (Se a emoção houver ocorrido quando estava pensando, devaneando etc., por favor indique esse facto). A seguir, anote o pensamento automático associado à emoção. Registre o grau em que acredita nesse pensamento: 0% = nem um pouco; 100% = completamente. Ao indicar o grau da emoção, observe: 1 = traço; 100 = com a maior intensidade possível.

393
4/79, ATB, JY

TABELA DE VERIFICAÇÃO DE COMPETÊNCIA PARA TERAPEUTAS COGNITIVOS

Terapeuta: … Paciente: … Data da Sessão: …
Sessão Nº: … Avaliador: … Data da Avaliação: …
Clínica: …

Assinale um: Vidro Espelhado (*), Gravação Audivisual (VT), Gravação Sonora

(*) No original, “one way mirror” – vidro com uma das superfícies espelhada e a

superfície oposta inteiramente transparente. (N. do. T.)

Simbologia:

Certo = adequadamente incluído
Menos = inadequadamente omitido
O = opcionalmente omitido
NA = não aplicável

Parte 1. PROCEDIMENTOS GERAIS DE ENTREVISTA

1. Colaboração e Compreensão Mútua

… a. O terapeuta trabalhou com o paciente, mesmo ao desempenhar papel primariamente educativo.

… b. O terapeuta solicitou feedback.

… c. O paciente forneceu feedback.

… d. O terapeuta solicitou sugestões e/ou ofereceu opções.

… e. O paciente ofereceu sugestões e/ou fez escolhas.

… f. O terapeuta respondeu ao feedback e/ou sugestões do paciente, não os ignorando ou negando.

… g. O terapeuta verificou periodicamente sua compreensão dos pontos-chave trazidos pelo paciente (ex.: fez breves resumos das verbalizações do paciente "O que você está dizendo é…" para determinar se estava em sintonia com ele).

… h. O terapeuta resumiu periodicamente seus próprios pontos-chave, para determinar se o paciente estava sintonizado com ele.

2. Preparo da Agenda (não aplicável à primeira sessão)

… a. Terapeuta e paciente organizaram a agenda da sessão.

… b. Os itens da agenda foram específicos e orientados para o problema, e não tópicos vagos ou generalizados.

… c. Foram estabelecidas prioridades para os itens da agenda.

… d. A agenda foi adequada ao tempo disponível (nem demasiado ambiciosa, nem demasiado limitada).

… e. Em algum momento, o paciente discutiu os acontecimentos da semana transcorrida desde a sessão anterior.

3. Eliciação das Relações à Entrevista e ao Terapeuta

… a. Levantou os sentimentos e reacções do paciente face à entrevista actual.

… b. Eliciou feedback acerca da sessão anterior.

4. Estruturação Eficaz do Tempo Terapêutico

… a. O terapeuta cobriu a maioria dos itens da agenda e reprogramou os assuntos pendentes.

… b. O terapeuta foi suficientemente flexível para incluir temas importantes que surgiram durante a sessão, mas que não constavam da agenda.

… c. O terapeuta limitou o tempo dispendido em assuntos periféricos ou tangenciais.

… d. O terapeuta limitou a discussão improdutiva sobre tópicos pertinentes.

5. Enfoque do Problema Apropriado

… a. O terapeuta identificou o(s) problema(s) específico(s) a ser(em) focalizado(s).

… b. Os problemas identificados eram centrais na angústia do paciente, e não periféricos.

… c. Os problemas identificados foram apropriados para tratamento nessa oportunidade.

… d. Os problemas identificados constituíram os problemas-chave a serem focalizados; o problema principal não foi ignorado.

... e. O terapeuta concentrou-se em um ou dois problemas, ao invés de saltar de um para outro.

6. Questionário

… a. O terapeuta combinou habitualmente as perguntas para obter dados acerca dos sintomas, situação de vida, experiências actuais, pensamentos, sentimentos e experiências passadas do cliente (quanto aplicável).

… b. Empregou adequadamente as perguntas abertas.

… c. Fez uso mínimo de perguntas que exigissem respostas “sim” ou “não”.

… d. Evitou ou interrogatório de “fogo cruzado”,

… e. Entremeou as perguntas com observações de reflexão, exemplo ilustrativas ou resumos breves.

… f. Empregou perguntas para demonstrar as incongruências ou a incoerência das conclusões do paciente, sem diminuí-lo.

… g. Empregou perguntas para ajudar o paciente a explorar as diversas facetas de um problema.

… h. Empregou perguntas para examinar as condições ou pressuposições arbitrárias do paciente.

… i. Empregou perguntas para levantar maneiras alternativas de solucionar um problema.

… j. Empregou perguntas para considerar explicações alternativas.

… k. Empregou perguntas para prever as consequências positivas e negativas de alguma acção proposta (ex.: execução de trabalhos de casa, um pedido de demissão

do emprego, ou ter algum confronto pessoal).

7. Fornecimento de Resumos Periódicos Durante a Entrevista

… a. O terapeuta recapitulou ou reformulou periodicamente os problemas sendo trabalhados na sessão.

… b. O terapeuta explicou a lógica das técnicas específicas a serem utilizadas ao lidar com problemas.

… c. O terapeuta resumiu o progresso conseguido em relação aos problemas identificados durante a sessão (fechamento de problemas).

8. Atribuição de Tarefas para Casa

… a. O terapeuta reviu cuidadosamente o trabalho de casa da semana anterior.

… b. O terapeuta resumiu as conclusões obtidas ou o resultado conseguido do trabalho de casa anterior.

… c. O terapeuta determinou novas tarefas para casa.

… d. O trabalho de casa atribuído foi adequado aos problemas identificados.

… e. O terapeuta explicou a lógica da atribuição ao trabalho de casa.

… f. O trabalho de casa foi específico e os detalhes foram claramente explicados.

… g. O terapeuta indagou se o paciente antevia problemas na execução do trabalho de casa.

Parte II. TÉCNICAS COGNITIVAS E COMPORTAMENTAIS ESPECÍFICAS

9. Adequação e emprego das Técnicas

… a. As técnicas empregadas foram geralmente adequadas para os problemas identificados.

… b. As técnicas usadas foram as mais adequadas aos problemas identificados (ex.: as técnicas preferenciais não foram negligenciadas).

… c. O terapeuta executou as técnicas a contento.

Comentários esclarecendo o emprego inadequado ou incorrecto das técnicas:

10. Eliciação de Pensamentos Automáticos

… a. Foram identificados pensamentos automáticos específicos.

… b. O terapeuta ajudou o paciente a identificar os pensamentos, em vez de apontar-lhe repetidamente os pensamentos automáticos, de maneira didáctica.

… c. O terapeuta empregou técnicas adequadas para eliciar os pensamentos automáticos (assinale as técnicas usadas):

questionário indutivo imaginação representação de papéis

mudanças de ânimo na sessão registro de pensamentos disfuncionais

… d. O terapeuta ajudou o paciente a perceber a conexão entre afecto e cognições específicas.

11. Testagem dos Pensamentos Automáticos

… a. Testou ou questionou os pensamentos automáticos de maneira sistemática.

… b. Não empregou a exortação ou a argumentação para "dissuadir o paciente dos pensamentos automáticos".

… c. Ajudou o paciente a estabelecer hipóteses específicas, testáveis.

… d. Ajudou o paciente a recolher sistematicamente provas válidas referentes às hipóteses.

… e. Ajudou o paciente a avaliar as provas e tirar conclusões com base nelas.

12. Identificação e Testagem de Pressuposições Subjacentes

… a. Foram identificadas as pressuposições subjacentes ("silenciosas") específicas.

… b. O terapeuta auxiliou o paciente a descobrir as pressuposições relevantes através da análise conjunta dos pensamentos automáticos.

… c. O terapeuta não confiou exclusivamente na contra-argumentação didáctica para avaliar as pressuposições.

… d. O terapeuta ajudou o paciente a analisar a validade das pressuposições (ex.: através do questionamento indutivo ou da listagem de vantagens e desvantagens).

13. Outras Técnicas Cognitivas e Comportamentais Básicas

a. Técnicas utilizadas:

Reatribuição
Técnica alternativa
Determinação do significado
de um evento
ensaio cognitivo
prática de focalização e concentração
programação de actividades
avaliações de mestria e prazer
atribuições de tarefas graduadas
representação de papéis
procedimentos de distracção
treinamento de afirmação
outras, especificar: …

b. Instrumentos, materiais e dispositivos específicos:

- Registro Diário de Pensamento Disfuncionais
- tabela de actividades: resumo
- tabela de actividades: planejamento
- avaliações de mestria e prazer
- lista escrita de pontos principais da entrevista para o paciente
- atribuição de leituras
- Escala de Atitudes Disfuncionais
- autobiografias
- diário
- contador de pulso
- "videotape" da sessão para o paciente assistir
- gravação sonora da sessão para o paciente ouvir
- Inventário de Depressão
- outros:

Parte III: CARACTERÍSTICAS PESSOAIS E PROFISSIONAIS DO TERAPEUTA

14. Autenticidade

… a. O terapeuta pareceu estar dizendo o que sinceramente sentia ou queria dizer. Soou honesto e "real".

… b. O terapeuta pareceu mais aberto que defensivo.

… c. O terapeuta não pareceu estar reprimindo impressões ou informações, nem fugindo às perguntas do paciente.

… d. O terapeuta não se mostrou paternalista ou condescendente.

… e. O terapeuta não pareceu estar representando o papel de um terapeuta. Não soou estudado ou ensaiado.

15. Calor Humano

… a. O tom de voz e o comportamento não verbal do terapeuta transmitiram calor e interesse.

… b. O conteúdo do que disse o terapeuta transmitiu preocupação e cuidado.

… c. O terapeuta não criticou, reprovou ou ridicularizou o comportamento do paciente.

… d. O terapeuta não pareceu frio, distante ou indiferente.

… e. O terapeuta não pareceu efusivo, possessivo ou hiperenvolvido

… f. O terapeuta reagiu com humor e exibiu-o quando apropriado.

16. Empatia Precisa

… a. O terapeuta resumiu com precisão o que o paciente explicitamente disse.

… b. O terapeuta resumiu com precisão as emoções mais óbvias do paciente (ex.: tristeza, raiva).

… c. O terapeuta resumiu com precisão nuances mais sutis de sentimentos ou

crenças implícitas.

… d. O terapeuta comunicou, através de seu comportamento verbal e não verbal, que compreendia os sentimentos do paciente e era receptivo a eles.

17. Postura Profissional

… a. O tom de voz e o comportamento não verbal do terapeuta transmitiram confiança.

… b. O terapeuta fez observações claras, sem hesitações ou reformulações frequentes.

… c. O terapeuta manteve o controle da sessão; mostrou-se capaz de alternar adequadamente entre ouvir e conduzir.

… d. O terapeuta mostrou-se relaxado e não pareceu ansioso ou "esforçando-se muito".

18. "Rapport"

… a. Paciente e terapeuta pareceram À vontade um com o outro.

… b. O contacto da linha do olhar foi mantido.

… c. Houve boa interacção afectiva (ex.: quando um sorria, o outro sorria).

… d. O fluxo das trocas verbais foi regular.

… c. Nem o paciente nem o terapeuta pareceram excessivamente defensivos, cautelosos ou contidos.

Este formulário foi elaborado por Jeffrey Young, Karen El Shammaa e Aaron T. Beck. Um resumo e roteito para a Tabela de Verificação de Competência para Terapeutas Cognitivos podem ser obtidos através de aaron T. Beck, M. D., Center for Cognitive Therapy, Room 602, 133 South 36th Street, Philadelphia, Pa. 19104.

RAZÕES POSSÍVEIS PARA O NÃO CUMPRIMENTO DAS ATRIBUIÇÕES DE AUTO-AJUDA

(A ser completado pelo paciente)

Esta é uma lista de razões que diversos pacientes forneceram para o não cumprimento de suas atribuições de auto-ajuda no decurso da terapia. Considerando que a rapidez da melhora depende, primariamente, do volume de tarefas de auto-ajuda que você está disposto(a) a executar, é de importância vital assinalar quaisquer razões que possa ter para não realizar esse trabalho. É importante buscar essas razões no momento em que você experimenta relutância em cumprir sua tarefa ou desejo de adiá-la. Assim, é melhor preencher este questionário nessa ocasião. Se você encontrar dificuldades em preencher o formulário e devolvê-lo ao terapeuta, será melhor preenchê-lo em

conjunto, numa sessão de terapia. (Assinale cada afirmação com "V" (Verdadeira) ou "F" (Falsa). "V" indica que você concorda com a afirmação; "F" significa que a afirmação não se aplica, na ocasião considerada.)

1. Parece que nada pode me ajudar, logo, não faz sentido tentar. …
2. Realmente não consigo ver sentido no que o terapeuta me pediu para fazer. …
3. Sinto que o método específico que o terapeuta sugeriu não vai ser útil. A rigor, não faz muito sentido para. …
4. "Sou um(a) protelador(a), portanto, não posso fazer isso." E acabo não fazendo. …
5. Estou disposto(a) a executar algumas tarefas de auto-ajuda, mas vivo-me esquecendo delas. …
6. Não tenho tempo suficiente. Sou ocupado(a) demais. …
7. Se eu fizer alguma coisa sugerida pelo terapeuta, não será tão bom quanto ter minhas próprias ideias. …
8. Sinto-me desamparado(a) e não acredito que possa, realmente, fazer qualquer coisa que decida fazer. …
9. Tenho a sensação de que o terapeuta está tentando me dar ordena ou me controlar. …
10. Não sinto vontade de cooperar com o terapeuta. …
11. Tenho medo da reprovações ou crítica do terapeuta quanto a meu trabalho. Acredito que o que eu fizer simplesmente não será bom o bastante para ele. …

400

12. Não tenho nenhum desejo ou motivação para fazer tarefas de auto-ajuda ou qualquer outra coisa. Já que não sinto vontade de executar essas tarefas, segue-se que não posso fazê-las e não deveria ter que fazê-las. …
13. Sinto-me tão má, triste, nervoso(a), perturbado(a) para fazer isso agora! (Sublinhe a(s) palavra(s) adequada(s).) …
14. Estou-me sentindo bem agora e não quero estragar tudo trabalhando numa tarefa. …
(15). Outras razões (favor indicá-las):

Este formulário foi elaborado por David Burns, M. D. e Aaron T. Beck, M. D.

401

PROTOCOLO DE PESQUISA PARA ESTUDO DOS EFEITOS NO CENTRO DE TERAPIA COGNITIVA

A. Avaliação Preliminar

1. Avaliação Clínica Completa: Estado Metal História da Doença Actual,

História Pregressa.

2. Tabela de Distúrbios Afectivos e de Esquizofrenia (S. …)

3. Diagnóstico, de acordo com os Critérios para Diagnóstico de Pesquisa e com os critérios de Feighner.

4. Escalas Clínicas: Escala Hamilton da Depressão (…, Escala Hamilton da Ansiedade (HSA); Escala de Intencionalid le Suicida (SSI).

5. Testes Psicométricos. Inventário Multifásic da Personalidade de Minnesota (MMPI), Escala de Estado-Traço de Ansiedade de Spielberger. Lista de Verificação de Sintomas 90 (Hopkins): Inventário Beck da Depressão.

6. Escalas Especiais. Teste de Autoconceito; Escala (…) Disfuncional, Escala de Desesperança, Teste da Ordenação nas Fig., Teste de Completamento de Histórias.

B. Encaminhamento do paciente ao terapeuta.

C. (…) na entrevista terapêutica (a ser marcada (…) três dias a contar da avaliação de entrada).

D. Frequência e duração das entrevistas 3 duração do tratamento: máximo de 20 consultas num período de 12 semanas; (…) entrevista: 50 minuto; entrevistas marcadas duas vezes por semana, até que o paciente esteja preparado para o tratamento uma vez por semana.

Primeira Entrevista

1. Estabelecer rapport.

2. Questionário sobre as expectativas face à terapia.

3. Investigação de atitudes negativas do paciente acerca (…) mesmo, da terapia ou da terapeuta.

4. Assinalação do problema mais urgente e acessível (…) desesperança, desejos suicidas, perda de actividade, disforia aguda).

5. Explicação das estratégias cognitivo-comportamentais (…) ênfase na justificativa lógica das tarefas comportamentais e do trabalho de casa.

6. Revisão do formulário para registro das actividades até a entrevista seguinte.

7. Fornecimento de Coping with depression ao paciente, para leitura.

8. Questionário sobre as reacções à entrevista. Observação, a maioria dos pacientes se sente melhor ao final da primeira entrevista, caso contrário, o terapeuta deve investigar as razões da reacção adversa.

Segunda Entrevista

1. Questionário sobre o efeito da primeira entrevista.

2. Revisão do formulário para registro da tabela de actividades.

3. Revisão das reacções ao folheto Coping with depression.

4. Discussão de problemas e realizações desde a entrevista anterior.

5. Programação de actividades até a próxima entrevista.

6. Discussão do registro das avaliações de “Mestria” e “Prazer” na tabela de registro de actividades (opcional).

7. Reparação da agenda e foco no(s) problema(s) a ser(em) discutido(s).

8. Questionário sobre as reacções à entrevista actual.

Terceira Entrevista

1. Preparação da agenda

2. Questionário sobre os eleitos da primeira entrevista.

3. Revisão das tarefas destinadas a trabalho de casa.

4. Discussão das reacções à entrevista anterior.

5. Discussão do uso do contador de pulso para marcar os pensamentos automáticos negativos (opcional).

6. Demonstração do uso do contador de pulso para marcar os pensamentos automáticos negativos (opcional).

7. Preparo das atribuições de trabalho de casa.

8. Feedback sobre a sessão actual.

9. Solicitação de que o paciente redija um resumo biográfico ou autobiografia para a próxima entrevista.

Quarta Entrevista

1. Seguir o modelo geral da terceira entrevista.

2. Instruções adicionais sobre a identificação de pensamentos automáticos negativos, (uso da “fantasia induzida” ou da representação de papéis, se indicados).

3. Explicação de como esses pensamentos automáticos representam distorções da realidade e se relaciona, a outros sintomas da depressão.

4. Levantamento dos pensamentos automáticos, especificamente da relação com as tarefas de casa.

Quinta Entrevista

1. Seguir o modelo geral da entrevista anterior.

2. Rever a tabela de actividade, com referência especial à mestria e ao prazer.

3. Rever e discutir pensamentos negativos automáticos.

4. Demonstrar ao paciente formas de avaliar e corrigir as distorções cognitivas (pensamentos automáticos).

5. Instruções sobre o uso do Registro Diário de Pensamentos Disfuncionais, com explicação das colunas 4, 5 e 6 (“Racionar” etc.).

6. Uso do contador de pulso para monitoração dos pensamentos automáticos.

Entrevista 6, 7 e 8

1. Modelo idêntico ao indicado anteriormente.

2. Continuar a remover os bloqueios psicológicos para voltar ao nível pré-mórbido de funcionamento.

3. Continuar a identificar os pensamentos automáticos negativos.

4. Demonstração adicional de respostas racionais aos pensamentos automáticos.

5. Atribuição adicional de trabalhos de casa.

6. Discussão do conceito de Pressuposições Básicas (Capítulo 12)

Entrevistas 8-12

1. Aumentar a delegação da responsabilidade pelo preparo da agenda ao paciente.

2. Aumentar a responsabilidade do paciente pelo trabalho de casa.

3. Identificar e discutir Pressuposições Básicas. Testar a validade das pressuposições.

Entrevistas de Encerramento: 13-15 (até 20)

1. Preparação do paciente para o término da terapia.

2. Ênfase na continuação da atribuição de tarefas para casa e na prática de outras estratégias após o término; ênfase na psicoterapia como um processo de aprendizagem que continua ao longo de toda a vida do sujeito.

3. Delineamento dos problemas antecipados e ensaio das estratégias de enfrentamento.

Outros Materiais e Recursos Técnicos

Os testes e formulários anteriores, além de outros materiais relativos à terapia cognitiva da depressão, encontram-se disponíveis no Centro de Terapia Cognitiva.

Entre o Material disponível, incluem-se:

Videotapes e video-cassetes para demonstrar técnicas da terapia cognitiva.
Fitas “cassete” demonstrando técnicas da terapia cognitiva.
Transcrições de entrevistas de demonstração gravadas em VT.
Manuais de tratamento para a terapia cognitiva da ansiedade e dos distúrbios fóbicos.
Manual de tratamento para a terapia cognitiva de viciados em drogas.
Coping with depression (folheto para ao pqacientes).
Registro Diário de Pensamentos Disfuncionais.
Inventário Beck da Depressão.
Escala de Desesperança.
Escala de Intenção Suicida.
Escala de Ideação Suicida.

O Centro considerará solicitações para qualquer desses recursos de treinamento.

Contudo, dado que os suprimentos são limitados em alguns casos, será dada prioridade aos investigadores empenhados em estudos sobre os efeitos da terapia cognitiva.

Caso esteja encerrado, queira escrever para o Center for Cognitive Therapy, 133 south 26th Street, Philadelphia, Pennsylvania, 19104, informando o objectivo para o qual gostaria de receber materiais.

Os contadores de pulso mencionados no Capítulo 8 podem ser adquiridos através da Behavior Research Company, Box 3351, Kansas, 66103.