

**Aaron T. Beck  
Brad A. Alford**

O Poder Integrador da

# **Terapia Cognitiva**



**ARIMED**



O Poder Integrador da  
**Terapia Cognitiva**

---

B389p

Beck, Aaron T.

O poder integrador da terapia cognitiva / Aaron T. Beck e Brad A. Alford; trad. Maria Cristina Monteiro. – Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

1. Psicoterapia. I. Alford, Brad A. II. Título.

CDU 615.851

---

Catálogo na publicação: Mônica Ballejo Canto - CRB 10/1023

ISBN 85-7307-707-7

# O Poder Integrador da **Terapia Cognitiva**

**AARON T. BECK, M. D.**

*University Professor of Psychiatry Emeritus  
at the University of Pennsylvania  
President of the Institute for Cognitive Therapy,  
Bala Cynwyd, Pennsylvania*

**BRAD A. ALFORD, Ph.D., ABPP**

*Associate Professor of Psychology at the  
University of Scranton, Pennsylvania*

**Tradução:**

*Maria Cristina Monteiro*

**Consultoria, supervisão e revisão técnica desta edição:**

*Maria Olivia Girardello Sirotsky*  
Psicóloga de crianças e adolescentes.  
Especialista em Terapia de Família e  
de Casais pelo CEAPIA, Porto Alegre.

Obra originalmente publicada sob o título  
*The integrative power of cognitive therapy*  
© The Guilford Press, 1997  
ISBN 1-57230-171-6

Capa:  
*Joaquim da Fonseca*

Leitura final:  
*Leda Kiperman*

Supervisão editorial:  
*Leticia Bispo de Lima*

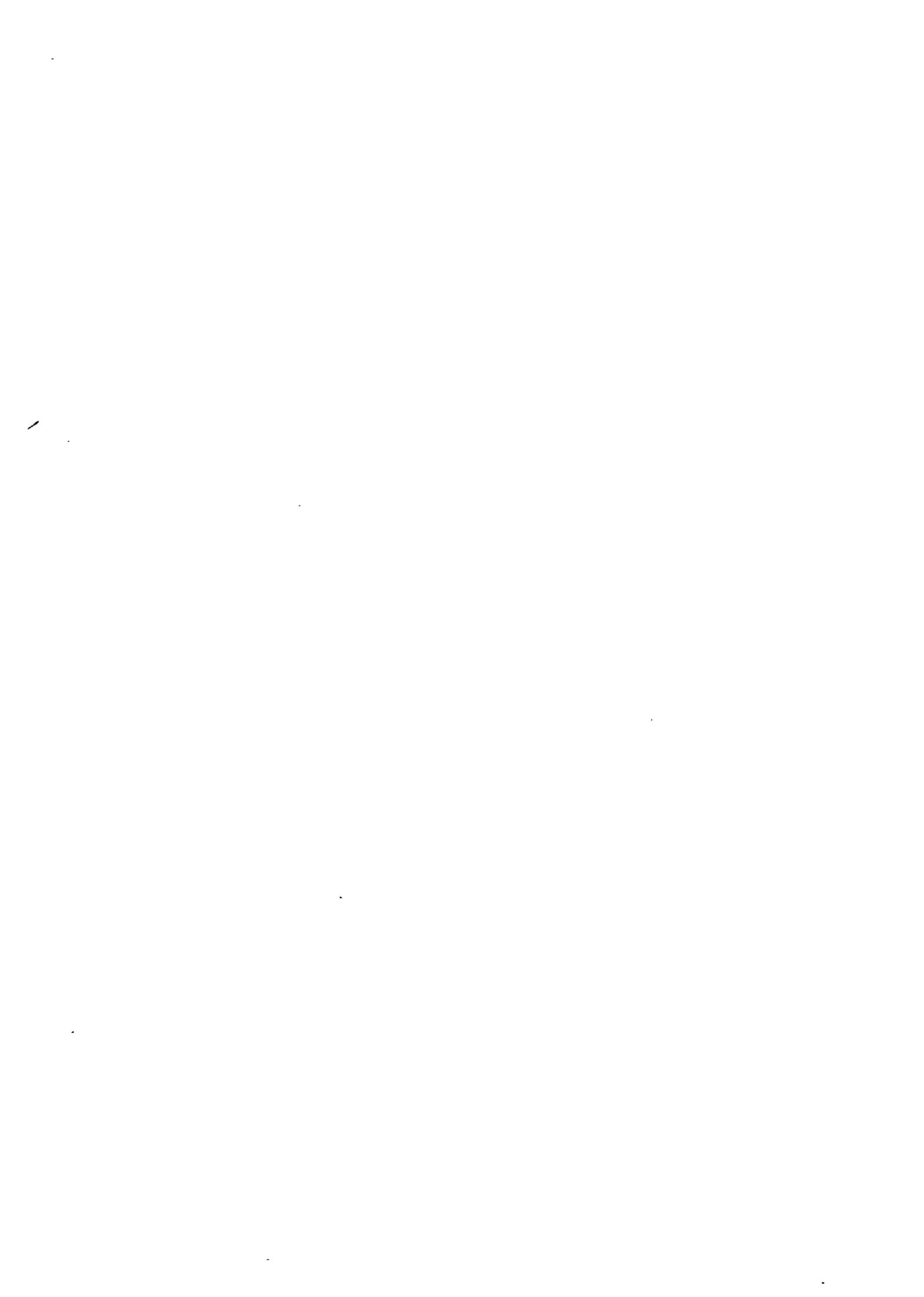
Composição e arte:  
*ComTexto Editoração Eletrônica*

Reservados todos os direitos de publicação em língua portuguesa à  
EDITORA ARTES MÉDICAS SUL LTDA.  
Av. Jerônimo de Ornelas, 670 – Fone (51) 330-3444 Fax (51) 330-2378  
90040-340 Porto Alegre, RS, Brasil

SÃO PAULO  
Rua Francisco Leitão, 146 - Pinheiros  
Fone (11) 883-6160  
05414-020 São Paulo, SP

IMPRESSO NO BRASIL  
*PRINTED IN BRAZIL*

*Aos muitos críticos e pesquisadores experientes cujas análises e críticas incisivas ajudaram a assegurar a contínua evolução da terapia e da teoria cognitiva, e com isso estimularam a preparação deste livro.*





# Agradecimentos

Gostaríamos de agradecer as sábias reações e sugestões daqueles que leram as primeiras versões do manuscrito, incluindo Dave Clark, Bob Leahy, Dave Haaga, Jim Buchanan, Ruth Musetto, Tom Smith e Geary Alford. Vince Merkel ofereceu-nos sua assistência técnica na produção dos arquivos eletrônicos. Tim Cannon, Anne Baldwin e Rob Brennan ajudaram a preparar as figuras para os Capítulos 1 e 6. Rochelle Serwator, editor da Guilford Press, trouxe-nos muitas observações inspiradoras que facilitaram a finalização oportuna deste livro. Marie Sprayberry e William Meyer, também da Guilford, ajudaram-nos no processo de produção. Finalmente, Cheryl e Jason Alford proporcionaram o equilíbrio e a perspectiva que permitiram o desenvolvimento deste livro, acrescentando criatividade ao processo de escrita.





# Sumário

Introdução .....	13
------------------	----

**PARTE I:  
TEORIA E METATEORIA DA TERAPIA COGNITIVA**

## **1**

<b>Teoria</b> .....	21
Desenvolvimento Inicial da Teoria Cognitiva .....	23
Apresentação Formal da Teoria Cognitiva .....	23
Problemas e Orientações Teóricas .....	26
Diretrizes Futuras .....	31

## **2**

<b>Metateoria</b> .....	37
A Natureza da Teoria .....	38
Causas .....	43
A Natureza da Cognição .....	45
Cognição como uma Ponte Clínico-Teórica .....	47
Cognição e a “Relação Terapêutica” .....	48
Conclusões .....	51

## **3**

<b>Mediação Cognitiva das Conseqüências</b> .....	53
Conflitos das Conseqüências Temporais .....	54
Como a Cognição Medeia as Conseqüências .....	64
Conclusões .....	69

**PARTE II:  
TERAPIA COGNITIVA E INTEGRAÇÃO DA PSICOTERAPIA**

**4**

<b>Uma Análise da Ideologia Integrativa .....</b>	<b>73</b>
Problemas na Ideologia Integrativa.....	74
Soluções Oferecidas pela Terapia Cognitiva .....	83
Conclusões .....	87

**5**

<b>Teoria Cognitiva como Teoria Integrativa para a Prática Clínica .....</b>	<b>89</b>
O Papel da Teoria .....	90
Critérios para uma Teoria Científica .....	91
Terapia Cognitiva e Integração Teórica .....	101
Conclusões .....	103

**PARTE III:  
TERAPIA COGNITIVA COMO TERAPIA INTEGRATIVA:  
EXEMPLOS NA TEORIA E NA PRÁTICA CLÍNICA**

**6**

<b>Transtorno de Pânico: A Convergência de Modelos de Condicionamento e Cognitivos .....</b>	<b>107</b>
Modelos de Condicionamento e Modelos Cognitivos de Transtorno de Pânico .....	107
A Congruência de Modelos de Condicionamento e Cognitivos .....	115
Em Direção a uma Teoria Psicológica Unificada de Transtorno de Pânico .....	123

**7**

<b>Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos .....</b>	<b>125</b>
Avaliação Idiográfica .....	126
Incorporação da Pesquisa Básica: O Exemplo de Reatância Psicológica.....	127
Distanciamento ou Tomada de Perspectiva .....	129
Conteúdo Cognitivo e Processamento Cognitivo .....	130
O Contexto Interpessoal .....	133
O Foco nas Emoções.....	134
Emoção Expressada e Estresse Interpessoal .....	136
O Foco no Autoconceito .....	138

---

Validade Ecológica .....	140
Situação Empírica dos Tratamentos Cognitivos: Uma Revisão .....	142
Epílogo .....	147
Referências Bibliográficas .....	151
Índice .....	169





# Introdução

Há algum tempo atrás, sugeriu-se que a importância da terapia cognitiva justificaria sua admissão na “arena de controvérsia,” ao lado da terapia do comportamento e da psicanálise (Beck, 1976). Desde então, mais de 120 testes empíricos (durante 1993) vem apoiando a eficácia da terapia cognitiva (Hollon & Beck, 1994), e ela tem sido aplicada a uma quantidade impressionante de transtornos.

Embora a sugestão tenha sido contestada pelos críticos (Coyne, 1994), a terapia e a teoria cognitivas não apenas constituem uma abordagem coerente, efetiva, mas também podem servir como um paradigma unificador ou “integrativo” para a psicopatologia e a psicoterapia efetiva (Alford, 1995; Alford & Norcross, 1991; Beck, 1991a). O principal objetivo deste livro é esclarecer as questões consideradas mais relevantes para a terapia cognitiva como terapia integrativa – ou seja, como um sistema de psicoterapia que satisfaz os propósitos ou objetivos de integração da psicoterapia. Essas questões incluem a natureza e os critérios para integração da psicoterapia; coerência teórica dentro do movimento de integração da psicoterapia; o relacionamento da terapia cognitiva com o movimento de integração da psicoterapia; dimensões internas *versus* externas (ambientais) da teoria e da terapia cognitivas; a natureza da consciência e a cognição humanas; o papel de fatores interpessoais (incluindo a “relação terapêutica”) no processo e o resultado da psicoterapia; e questões filosóficas e teóricas contemporâneas na terapia cognitiva. Ao elaborar todas estas questões, mostramos que é excessivamente simplista caracterizar o foco da terapia cognitiva em dimensões estreitas como comportamento *versus* cognição; afeto *versus* cognição; orientação presente *versus* passada; tratamento de curto prazo *versus* longo prazo; técnicas *versus* relacionamentos; consciente

*versus* inconsciente; pensamentos automáticos *versus* autoconceito; conteúdo cognitivo *versus* processamento cognitivo falho; e atenção a dimensões internas *versus* externas ou “ambientais”.

Em relação à incorporação de polaridades na teoria e na terapia cognitivas, consideremos, por exemplo, os princípios empiristas britânicos dos quais surgiram as bases da terapia do comportamento (Fishman & Franks, 1992). Os quatro principais princípios filosóficos do empirismo podem ser vistos como polaridades, nas quais cada tese necessita de uma antítese a fim de constituir um quadro completo. Na teoria cognitiva, essas polaridades são incorporadas em um paradigma coerente (conforme discutido na Parte I deste livro). Por exemplo, a teoria cognitiva sugere que (1) o conhecimento provém não apenas da experiência, mas também é influenciado pela estrutura do sistema nervoso do organismo; (2) os procedimentos científicos não se baseiam apenas na observação, mas também são moldados pela teoria particular sustentada pelo experimentador que cria os procedimentos; (3) a mente de uma criança não é inteiramente uma tabula rasa, mas, antes, mantém potencialidades limitadas para memória, processamento e velocidade de cálculo, bem como tendências a responder a certos estímulos ambientais e a ignorar outros; e (4) a consciência não pode ser inteiramente reduzida à “química mental,” uma vez que suas partes componentes não podem explicar propriedades emergentes (cf. Fishman & Franks, 1992, p. 161).

À medida que o alcance da teoria e da terapia cognitivas aumenta, o foco cognitivo do tratamento também se expande. Em vez de adotar uma postura dicotômica, terapeutas com treinamento cognitivo adaptam cada transtorno e característica do paciente a vários pontos ao longo de um *continuum* sobre as dimensões descritas acima. Um número crescente de diferentes transtornos, e transtornos mais graves, são agora tratados com terapia cognitiva; o tratamento de cada transtorno requer áreas especiais de competência. No tratamento de problemas graves (como transtornos de personalidade, esquizofrenia, ou transtorno de pânico), as estratégias e as técnicas cognitivas não podem ser implementadas da mesma maneira que com transtornos clínicos leves a moderados. Os terapeutas cognitivos estão usando agora uma maior variedade de formatos de tratamento, tal como terapia de grupo e familiar. As estratégias de tratamento evoluíram naturalmente e se tornaram mais especializadas, comparadas com formulações anteriores.

Neste livro, tentamos esclarecer certas complexidades da teoria cognitiva clínica. Também elucidamos como a terapia cognitiva, conforme concebida e praticada por seus criadores, representa um paradigma integrador para a prática clínica. Para isso, tratamos em

primeiro lugar de inúmeras questões teóricas e metateóricas que servirão para esclarecer a natureza multidimensional da terapia cognitiva (Parte I); após discutimos o relacionamento entre o movimento de integração da psicoterapia e a terapia cognitiva (Parte II); finalmente, nos focalizamos no tratamento de alguns transtornos clínicos complexos como exemplos da natureza integradora da teoria e da prática cognitiva clínica (Parte III).

A Parte I é intitulada "Teoria e Metateoria da Terapia Cognitiva," e inclui três capítulos. O Capítulo 1, "Teoria," expressa como a terapia cognitiva é essencialmente a aplicação da teoria cognitiva ao caso individual. A teoria cognitiva relaciona os transtornos clínicos a variáveis cognitivas específicas, e inclui um conjunto abrangente de princípios ou axiomas. Neste capítulo, revisamos o desenvolvimento inicial da terapia e da teoria cognitivas, fornecemos uma afirmação formal da teoria, e discutimos diversas orientações e problemas teóricos. O Capítulo 2, "Metateoria," esclarece inúmeras questões inter-relacionadas, incluindo (1) a natureza da teoria; (2) tipos de "causas"; (3) a natureza da cognição; (4) a cognição como uma ponte clínico-teórica; e (5) a cognição e a relação terapêutica.

O Capítulo 3, "Mediação Cognitiva das Conseqüências", focaliza-se primariamente em um aspecto da teoria comportamental que pode estar relacionado com uma conceitualização cognitiva – ou seja, elementos temporais na psicopatologia (i.e., como as ações de uma pessoa vêm a ser influenciadas por conseqüências temporalmente remotas, em vez de por conseqüências imediatas). Um princípio psicológico bem estabelecido é que as conseqüências *imediatas* (comparadas com as retardadas) do comportamento exercem relativamente mais influência sobre a possibilidade de futuras respostas semelhantes. De acordo com estudos de aprendizagem experimental e observações clínicas, desenvolvemos uma tese sobre conflitos psicopatológicos das conseqüências – ou seja, conflitos entre resultados de curto prazo (imediatos) e de longo prazo (retardados). Consideramos como certos constructos teóricos de terapia cognitiva respondem pela resolução destes conflitos. Neste sentido, descrevemos uma perspectiva teórica integrativa, na qual diferentes sistemas cognitivos controlam processos automáticos e conscientes.

Ambos já havíamos escrito anteriormente sobre a natureza integradora da terapia cognitiva. Na Parte II deste livro, intitulada "Terapia Cognitiva e Integração da Psicoterapia", desenvolvemos mais detalhadamente várias linhas de raciocínio em relação a esta questão. Neste sentido, delineamos inúmeros obstáculos que enfrentamos para combinarmos ou adotarmos os sistemas científicos de psicoterapia estabelecidos a fim de desenvolvermos novos sistemas integrativos de psicoterapia (ver A. A. Lazarus, 1995a). Lidamos si-

multaneamente com (1) contestações por integracionistas aos sistemas estabelecidos, e (2) concepções errôneas com relação à terapia cognitiva (ver Gluhoski, 1994; Weishaar, 1993, Cap. 4). A fim de entender mais claramente as formas nas quais a terapia cognitiva é “integrativa” ou “unificada” como abordagem terapêutica psicológica, revisamos várias questões e controvérsias relevantes dentro do movimento contemporâneo de integração da psicoterapia.

No Capítulo 4, “Uma Análise da Ideologia Integrativa”, apresentamos uma revisão crítica dos esforços contemporâneos para integrar as psicoterapias. São descritos vários problemas básicos, inter-relacionados com o objetivo de desenvolver novas terapias integrativas pela combinação de elementos das terapias “de forma pura”: (1) problemas na descrição dos critérios para integração da psicoterapia; (2) problemas na definição e na especificidade; (3) o apoio em pesquisas para entender as práticas integrativas; (4) significados múltiplos da “integração da psicoterapia”; (5) a natureza inerentemente política da integração da psicoterapia; (6) falha em avaliar as virtudes dos debates de especialistas; (7) falha em investir em teorias científicas; e (8) ambigüidades teóricas com relação à abordagem de fatores comuns à integração. Finalmente, demonstramos como a terapia cognitiva tem tratado muitas dessas questões oferecendo tanto uma linguagem comum para prática clínica quanto uma abordagem tecnicamente eclética tornada coerente pela teoria cognitiva (ver A. A. Lazarus, 1995a). Este capítulo também trata da natureza do ecletismo técnico, focalizando-se em se a psicoterapia pode realmente ser “ateórica”. Na ciência, a direção que uma disciplina toma é determinada pela condução de observações sistemáticas; entretanto, essas próprias observações são por sua vez produtos das perspectivas teóricas de cientistas dentro de um determinado contexto cultural. A diferença entre terapia cognitiva e ecletismo técnico é abordada. Demonstramos que a terapia cognitiva enfatiza tanto a validade externa (i.e., generalização) quanto a coerência teórica. No Capítulo 5, “Terapia Cognitiva como Teoria Integrativa para a Prática Clínica,” revisamos (1) o papel da teoria, (2) os critérios para uma teoria científica, e (3) as tentativas de integração teórica.

A Parte III, “Terapia Cognitiva como Terapia Integrativa: Exemplos na Teoria e Prática Clínica”, focaliza-se em ilustrações clínicas e teóricas da natureza integradora da terapia cognitiva. Transtorno de pânico (Capítulo 6), esquizofrenia e outros transtornos psicóticos (Capítulo 7) são selecionados para exame; entretanto, muitos outros transtornos poderiam facilmente ter servido como exemplos. Na terapia cognitiva de transtorno de pânico e transtornos psicóticos, uma nova conceitualização e significados alternativos para os sintomas são fornecidos. Ambas as aplicações são apoiadas por uma

variedade de dados e observações, e são facilmente explicadas e ensinadas (Beck, 1994).

Em relação à seleção de transtorno de pânico, um relatório de consenso pelo National Institute of Mental Health indicava claramente a eficácia da terapia cognitiva do transtorno de pânico, e, portanto, exigia ainda mais fortemente uma explicação teórica dos componentes do tratamento efetivo (Sargent, 1990). A hipótese dos cognitivistas (e da maioria dos teóricos da aprendizagem contemporâneos) é que os processos terapêuticos subjacentes são de natureza cognitiva. O Capítulo 6, "Transtorno de Pânico: A Convergência de Modelos de Condicionamento e Cognitivos", trata desta importante questão teórica de uma forma integrativa; ou seja, apresenta uma tentativa preliminar de integrar a teoria do condicionamento clássico e operante com a teoria cognitiva. O transtorno de pânico é usado para estruturar a discussão da convergência entre essas teorias. Os modelos de condicionamento clássico contemporâneos e as formulações operantes de transtorno de pânico são revistos, incluindo aquisição e manutenção de resposta de pânico. Questões acerca da avaliação fenomenológica e a reformulação de princípios de aprendizagem são apresentados, bem como a maneira pela qual a teoria cognitiva integra os dois níveis básicos de significado (i.e., objetivo/público e subjetivo/privado) e ignora o dualismo Cartesiano.

Enfocando a psicopatologia mais grave, o Capítulo 7, "Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos", dedica especial atenção à teoria, à avaliação, e ao tratamento destas condições incapacitantes. Esses transtornos crônicos impõem especiais desafios ao terapeuta cognitivo, e seu grau de complexidade ilustra uma abordagem à terapia particularmente unificada ou "integrativa". Esta área representa uma das áreas mais recentes de exploração para a aplicação de terapia cognitiva. Portanto, a abordagem cognitiva apresentada aqui está no limite máximo das aplicações disponíveis.

Embora esperemos que pesquisadores (e estudantes de pós-graduação) achem este livro de grande utilidade, uma outra audiência visada são os médicos. Muitos deles sentem corretamente a necessidade de um paradigma amplo (contudo coerente) para orientar seu trabalho cotidiano com os pacientes. Como demonstramos nas páginas que se seguem, a teoria cognitiva fornece tal paradigma. Demonstramos que a teoria cognitiva clínica consiste de um conjunto complexo de perspectivas teóricas e metateóricas adequadas às atuais demandas da prática clínica. Aqui estão alguns exemplos:

1. Os terapeutas cognitivos não excluem e não podem excluir (de acordo com a prática-padrão da terapia cognitiva) pessoas sig-

nificativas das sessões de terapia quando conflitos dominam as queixas de um paciente.

2. O contexto ambiental não pode ser ignorado nos casos onde uma conceitualização cognitiva indica falhas nas construções pessoais com conseqüências comportamentais (i.e., relações resposta-reforço), ou em conflitos reais entre conseqüências de curto prazo *versus* longo prazo dentro dos mesmos contextos.

3. A terapia cognitiva-padrão não despreza o foco nas questões inconscientes quando a avaliação clínica revela traumas primitivos não resolvidos em relacionamentos com pessoas significativas.

Com freqüência acredita-se incorretamente que estes três exemplos situam-se exclusiva e respectivamente dentro das esferas de psicoterapia interpessoal, comportamental e psicodinâmica. Ao contrário, demonstramos neste livro que a terapia cognitiva fornece uma estrutura teórica unificadora dentro da qual as técnicas clínicas de outras abordagens psicoterapêuticas estabelecidas e validadas podem ser apropriadamente incorporadas. Através da assimilação de técnicas comprovadas e teoricamente consistentes com a perspectiva cognitiva, a terapia cognitiva fornece um paradigma coerente e ao mesmo tempo evolutivo para a prática clínica.



Parte I

# Teoria e metateoria da terapia cognitiva





# 1

## Teoria

A teoria cognitiva articula a maneira através da qual os processos cognitivos estão envolvidos na psicopatologia e na psicoterapia efetiva. Embora a estrutura “biopsicossocial” seja reconhecida como útil na conceitualização de sistemas complexos, o foco da teoria cognitiva incide primariamente sobre os fatores cognitivos da psicopatologia e da psicoterapia. Além disso, os conceitos cognitivos complementam (e podem mesmo subordinar) idéias como “motivação inconsciente” na teoria psicanalítica, e “reforço” ou “condicionamento” no behaviorismo.

Na teoria da terapia cognitiva, a natureza e a função do processamento de informação (i.e., a atribuição de significado) constitui a chave para entender o comportamento maladaptativo e os processos terapêuticos positivos. A teoria cognitiva da psicopatologia descreve especificamente a natureza de conceitos que, quando ativados em certas situações, são maladaptativos ou disfuncionais. Estas conceitualizações idiossincrásicas podem ser consideradas como teorias informais, pessoais. A conceitualização cognitiva da psicoterapia fornece estratégias para corrigir esses conceitos. Portanto, a estrutura teórica da terapia cognitiva constitui uma “teoria de teorias”; é uma teoria formal dos efeitos de teorias pessoais (informais) ou construções de realidade. Neste sentido, a teoria cognitiva clínica coincide em algum grau com a teoria de constructos pessoais de George Kelly (Kelly, 1955).

A teoria é essencial para a prática clínica. Tem sido debatido ultimamente que a teoria cognitiva constitui uma teoria unificadora para a psicoterapia e a psicopatologia (Alford & Norcross, 1991; Beck, 1991a). Conforme explicamos na Parte II, acreditamos que as estruturas teóricas da psicoterapia efetiva devem organizar os componentes terapêuticos (tratamentos) e as variáveis psicológicas re-

levantes dentro de um sistema de psicoterapia que constitua um modelo coerente para a prática clínica geral. Diferentemente das tecnologias médicas, as práticas psicoterapêuticas devem ser teoricamente consistentes se um terapeuta quiser administrar intervenções de uma maneira que facilite a colaboração e a autorização do paciente. Esta colaboração permite que o terapeuta entre no mundo do paciente, usando a linguagem e o contexto cultural deste, enquanto compartilha a perspectiva cognitiva. Desta maneira, a terapia cognitiva permite que a pessoa (através de exercícios para casa conjuntamente desenvolvidos) teste a teoria cognitiva no contexto de seu ambiente natural e de seu sistema de crenças.

Para que haja colaboração é necessário haver estrutura. Os pacientes devem aprender como a melhora é conseguida a fim de verem a si próprios como parceiros colaboradores no empreendimento terapêutico. Para ensinar isso a seus pacientes, os terapeutas devem possuir um aporte teórico para técnicas de tratamento específicas. De outro modo, não há estrutura sobre a qual basear o processo de colaboração. Por outro lado, sem a teoria a prática de psicoterapia se torna um exercício puramente técnico, destituído de qualquer base científica. Essa questão preocupa os mais rigorosos conselhos de especialistas quando se trata de conferir habilitação avançada na prática clínica. Por exemplo, o *Manual for Oral Examinations* da American Board of Professional Psychology (ABPP) declara explicitamente que para obter o diploma da ABPP, um psicólogo deve tratar ou fazer recomendações “de uma maneira significativa e consistente ... apoiado por um suporte racional coerente” (ABPP, 1966, p. 3). (Embora um “suporte racional” seja diferente de uma teoria formal, é difícil imaginar como um suporte racional coerente possa desenvolver-se separadamente das teorias científicas empiricamente validadas de psicopatologia e psicoterapia. Este certamente seria o caso na prática clínica padrão dentro do modelo cientista/profissional.)

A terapia cognitiva é a aplicação da teoria cognitiva de psicopatologia ao caso individual. A teoria cognitiva relaciona os vários transtornos psiquiátricos a variáveis cognitivas específicas, e inclui um conjunto formal e abrangente de princípios ou axiomas (delineados a seguir). Este capítulo abrange os seguintes aspectos da terapia e da teoria cognitivas: (1) desenvolvimento inicial, (2) uma afirmação formal da teoria, (3) problemas e orientações teóricas, e (4) tendências futuras.

## **Desenvolvimento Inicial da Teoria Cognitiva**

As origens históricas da terapia cognitiva, datando de 1956, podem ser resumidas como segue. Aaron Beck, na tentativa de fornecer apoio empírico para certas formulações psicodinâmicas de depressão (que Beck achava serem corretas na época), encontrou algumas anomalias – fenômenos inconsistentes com o modelo psicanalítico. Especificamente, a conceitualização psicanalítica (Freud, 1917/1950) afirma que os pacientes deprimidos manifestam hostilidade retrofletida, expressada como “masoquismo” ou uma “necessidade de sofrer”. Contudo, em resposta a experiências de sucesso (atribuições de tarefa graduada em um ambiente de laboratório), os pacientes deprimidos pareciam melhorar em vez de resistir a tais experiências (Beck, 1964; Loeb, Beck, & Diggory, 1971). Isto levou Beck e seus colegas a novos estudos empíricos e observações clínicas, na tentativa de entender as anomalias. O eventual resultado foi a reformulação da depressão como um transtorno caracterizado por uma profunda tendência negativa. O conteúdo fenomenal desta tendência incluía expectativas de resultados negativos (conseqüências do comportamento) na esfera pessoal, e uma visão negativa de *self*, contexto e objetivos. Concomitantemente, foram feitas tentativas de modificar o conteúdo e as distorções cognitivas negativas, resultando em desenvolvimento e avaliação de estratégias terapêuticas. Subseqüentemente, o modelo foi aplicado a outros transtornos para testar os limites da nova formulação.

A partir desse resumo capsular, pode-se ver que a teoria cognitiva originou-se de tentativas de testar os princípios teóricos específicos da psicanálise. Quando tal evidência não surgia, outras explicações eram consideradas. Portanto, a terapia cognitiva desde o começo foi impulsionada por interesses teóricos. (Ver Arnkoff & Glass, 1992, para um levantamento histórico mais completo.)

## **Apresentação Formal da Teoria Cognitiva**

A teoria cognitiva de psicopatologia e psicoterapia considera a cognição a chave para os transtornos psicológicos. “Cognição” é definida como aquela função que envolve deduções sobre nossas experiências e sobre a ocorrência e o controle de eventos futuros. A teoria cognitiva sugere a importância da percepção fenomenológica das relações entre os eventos; na teoria cognitiva clínica, a cognição inclui o processo de identificar e prever relações complexas entre eventos, de modo a facilitar a adaptação a ambientes passíveis de mudança. Relatos mais antigos do desenvolvimento e da elaboração

da teoria cognitiva podem ser encontrados em inúmeras publicações (p. ex., Beck, 1964, 1984b, 1987a, 1991b; Beck, Freeman, & Associados, 1990; D. A. Clark, 1995; Hollon & Beck, 1994; Leahy, 1995; Young, 1990).

A apresentação formal e abrangente da teoria cognitiva aqui examinada inclui todas as pressuposições necessárias e suficientes para o sistema teórico, e forma o vértice do sistema (ver Popper, 1959). Portanto, todas as afirmações teóricas podem ser derivadas logicamente dos axiomas (postulados ou proposições primitivas). Nenhuma alegação de verdade é sugerida pelo termo "axioma". Antes, a redução de uma teoria a axiomas serve à importante função de esclarecer e definir uma teoria científica. Nas palavras de Popper (1959, p. 71),

o teste rigoroso de um sistema pressupõe que ele está naquele momento suficientemente definido e em sua forma final para tornar impossível que novas pressuposições sejam introduzidas clandestinamente. Em outras palavras, o sistema deve ser formulado com suficiente clareza e definição para tornar cada nova pressuposição facilmente reconhecível pelo que é: uma modificação e, portanto, uma revisão do sistema. (ênfase no original)

Popper (1959, p. 71-72) sugere que poucos ramos da ciência algum dia desenvolveram um sistema teórico elaborado e bem construído. Ele descreve as exigências desse sistema rigoroso, que ele denomina de "sistema axiomatizado", como segue: Os axiomas devem estar livres de contradição, devem ser independentes, de modo que afirmações axiomáticas não sejam deduzíveis de outras dentro do sistema; os axiomas devem ser suficientes para permitir a dedução de todas as afirmações pertencentes à teoria; e, finalmente, os axiomas devem ser necessários para a derivação das afirmações pertencentes à teoria. De acordo com estes critérios, os axiomas formais da teoria cognitiva são os seguintes:

1. O principal caminho do funcionamento ou da adaptação psicológica consiste de estruturas de cognição com significado, denominadas *esquemas*. "Significado" refere-se à interpretação da pessoa sobre um determinado contexto e da relação daquele contexto com o self.

2. A função da *atribuição de significado* (tanto a nível automático como deliberativo) é controlar os vários sistemas psicológicos (p.ex., comportamental, emocional, atenção, e memória). Portanto, o significado ativa estratégias para adaptação.

3. As influências entre sistemas cognitivos e outros sistemas são interativas.

4. Cada categoria de significado tem implicações que são traduzidas em padrões específicos de emoção, atenção, memória e

comportamento. Isto é denominado *especificidade do conteúdo cognitivo*.

5. Embora os significados sejam construídos pela pessoa, em vez de serem componentes preexistentes da realidade, eles são corretos ou incorretos em relação a um determinado contexto ou objetivo. Quando ocorre *distorção cognitiva ou preconcepção*, os significados são disfuncionais ou maladaptativos (em termos de ativação de sistemas).<sup>1</sup> As distorções cognitivas incluem erros no conteúdo cognitivo (significado), no processamento cognitivo (elaboração de significado), ou ambos.

6. Os indivíduos são predispostos a fazer construções cognitivas falhas específicas (distorções cognitivas). Estas predisposições a distorções específicas são denominadas *vulnerabilidades cognitivas*. As vulnerabilidades cognitivas específicas predispoem as pessoas a síndromes específicas; especificidade cognitiva e vulnerabilidade cognitiva estão inter-relacionadas.

7. A psicopatologia resulta de significados maladaptativos construídos em relação ao *self*, ao contexto ambiental (experiência), e ao futuro (objetivos), que juntos são denominados de a *triáde cognitiva*. Cada síndrome clínica tem significados maladaptativos característicos associados com os componentes da triáde cognitiva. Todos os três componentes são interpretados negativamente na depressão. Na ansiedade, o *self* é visto como inadequado (devido a recursos deficientes), o contexto é considerado perigoso, e o futuro parece incerto. Na raiva e nos transtornos paranóides, o *self* é visto como sendo maltratado ou abusado pelos outros, e o mundo é visto como injusto e em oposição aos interesses da pessoa. A especificidade do conteúdo cognitivo está relacionada desta maneira à triáde cognitiva.

8. Há dois níveis de significado: (a) *o significado público* ou objetivo de um evento, que pode ter poucas implicações significativas para um indivíduo; e (b) *o significado pessoal ou privado*. O significado pessoal, ao contrário do significado público, inclui implicações, significação, ou generalizações extraídas da ocorrência do evento (Beck, 1976, p. 48). O nível de significado pessoal corresponde ao conceito de "domínio pessoal" (Beck, 1976, p. 56).<sup>2</sup>

9. Há três níveis de cognição: (a) o pré-consciente, o não-intencional, o automático ("pensamentos automáticos"); (b) o nível consciente; e (c) o nível metacognitivo, que inclui respostas "realísticas" ou "racionalis" (adaptativas). Estas têm funções úteis, mas os níveis conscientes são de interesse primordial para a melhora clínica em psicoterapia. (Ver a subseção "Três Sistemas Cognitivos" no Capítulo 3.)

10. Os esquemas evoluem para facilitar a adaptação da pessoa ao ambiente, e são neste sentido estruturas *teleonômicas*. Por-

tanto, um determinado estado psicológico (constituído pela ativação de sistemas) não é nem adaptativo nem maladaptativo em si, apenas em relação a ou no contexto do ambiente social e físico mais amplo no qual a pessoa está.

Estes 10 axiomas constituem a afirmação formal contemporânea da teoria cognitiva. Vários pontos de esclarecimento podem ser úteis. Primeiro, inúmeras hipóteses específicas e/ou modelos podem ser derivados dos axiomas formais (p.ex., Beck, 1987a). Além disso, os axiomas são inter-relacionados, e podem ser combinados para gerar hipóteses específicas. Por exemplo, especificidade do conteúdo cognitivo (axioma 4) e vulnerabilidade cognitiva (axioma 6) foram combinados para gerar hipóteses de pesquisa em relação à previsão da instalação da depressão (Alford, Lester, Patel, Buchanan, & Giunta, 1995; Haaga, Dyck, & Ernst, 1991). Um último aspecto é que a teoria cognitiva evolui (p.ex., Beck, 1996); obviamente, os axiomas não são concebidos como princípios estáticos. Antes, nas palavras de Popper (1959, p. 281): “A ciência nunca persegue o objetivo ilusório de tornar suas respostas finais ... Seu avanço é, preferivelmente, em direção ao objetivo infinito, contudo alcançável, de sempre descobrir problemas novos, mais profundos, e mais gerais e de submeter suas respostas sempre experienciais a testes continuamente renovados e invariavelmente mais rigorosos”.

## **Problemas e Orientações Teóricas**

Diversos princípios da teoria cognitiva incluídos nas afirmações formais acima são bem conhecidos, tais como a tríade cognitiva, especificidade do conteúdo cognitivo, vulnerabilidade cognitiva, e os vários “erros de processamento” ou distorções cognitivas. Outros aspectos importantes da teoria são menos conhecidos ou estão atualmente em processo de desenvolvimento ou refinamento, e são, portanto, aqui apresentados. Estes incluem a natureza do processamento inconsciente (automático) de informação; causas distais e proximais de fixação de recursos de atenção; e questões contemporâneas com relação à natureza “construtivista” da psicopatologia. Esses são revistos resumidamente nas subseções a seguir.

### ***Processamento Cognitivo Automático***

A “revolução cognitiva” na psicologia gerou inúmeros achados (e conceitos) empíricos que parecem corresponder a muitas obser-

vações clínicas de processamento cognitivo automático. Além disso, a própria teoria cognitiva incorpora implicitamente alguns dos conceitos relevantes, tais como processamento pré-atencional, capacidade cognitiva e processamento "inconsciente." Por exemplo, a psicologia cognitiva contemporânea tem usado o termo "inconsciente cognitivo" para descrever estruturas e processos mentais que operam fora da consciência fenomenal, contudo determinam experiência consciente, pensamento, e ação (Kihlstrom, 1987, p. 1445; Meichenbaum & Gilmore, 1984).

Não há razão teórica para que os processos cognitivos relevantes à psicopatologia devam operar inteiramente dentro da percepção fenomenal consciente. Consideremos a seguinte seqüência: situação para crença para interpretação para afeto para comportamento (ver Figura 1.1). Para a elaboração, estruturas ou esquemas de crença existentes são ativados por circunstâncias ambientais. O processamento esquemático (de significado), quer consciente ou inconsciente, gera uma interpretação. A interpretação específica leva ao afeto, que é seguido pelo comportamento específico, que por sua vez modifica a situação original.

Os conceitos "pensamentos automáticos" e "inconsciente cognitivo" possuem muitos aspectos comuns. Embora a observação clínica tenha revelado que os pensamentos automáticos são com freqüência muito facilmente admitidos à percepção consciente (Beck, 1976; Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979), a situação teórica da noção de "automatismo" sugere que esse processamento cognitivo talvez seja melhor denominado de "pré-consciente". Visto que a percepção consciente é um pré-requisito lógico para o controle consciente (ver Kihlstrom, 1987, p. 1448), os terapeutas cognitivos naturalmente empregam técnicas designadas para tornar os pensamentos automáticos (inicialmente) largamente inconscientes (p.ex., atribuições falhas) mais sujeitos à percepção consciente através de técnicas cognitivas, tais como distração ou reorientação dos recursos de atenção (ver Beck et al., 1979). Esta abordagem evita tentativas diretas de "controlar" os pensamentos, uma vez que tais tentativas freqüentemente resultam em efeitos opostos aos pretendidos (ver Wegner, 1994).

Embora a situação empírica do processamento não-consciente na psicopatologia seja no momento inconclusiva, várias linhas de pesquisa têm apoiado a presença de processamento automático pré-concebido nos transtornos de ansiedade (Foa, Ilai, McCarthy, Shoyer, & Murdock, 1993; Logan, Larkin, & Whittal, 1992; MacLeod, 1991; MacLeod & Mathews, 1991; McNally, 1990), bem como na depressão (Mineka & Sutton, 1992). Além disso, um recente estudo controlado sobre a predisposição da memória para fazer associações



normal de organização cognitiva ocorre no transtorno de pânico e provavelmente também em outros transtornos (p.ex., depressão e transtorno bipolar), e que esse prejuízo leva à redução na capacidade de focalizar a atenção adequadamente ou de concentrar-se (p. 1433).

Dois outros fatores podem também ajudar a explicar como os recursos de atenção se tornam fixados no transtorno de pânico. Primeiro, a presença de processamento cognitivo inconsciente, conforme discutido acima, pode explicar isso em parte. Na medida em que o conteúdo cognitivo existe em um nível inacessível à percepção consciente, pareceria que a correção de distorções não seria possível (Kihlstrom, 1987). A instalação dos processos de atenção a estímulos de ameaça, e dos processos elaborativos e interpretativos a temas de ameaça, pode ser explicado em termos de automatismo; estes processos são automáticos no sentido de que são inconscientes. (Deveria ser observado que McNally, 1995, expressou três diferentes significados do termo "automático" no contexto dos transtornos de ansiedade. Os processos automáticos podem ser "livres de capacidade," significando que eles prosseguem desembaraçadamente e sem interferência de processos concorrentes; eles podem ser "inconscientes," ou fora da consciência; e/ou eles podem ser "involuntários," significando fora do controle consciente. McNally conclui que os processos automáticos nos transtornos de ansiedade nunca são livres de capacidade, são às vezes inconscientes, e são sempre involuntários.) Entretanto, o fato de que tais processos são inconscientes não significa que eles não possam ser modificados na terapia. O tratamento de processos inconscientes na terapia cognitiva foi descrito anteriormente: "O paciente começa a reconhecer em nível experimental que construiu erroneamente a situação ... este mecanismo é talvez análogo ao que os psicanalistas chamam de tornar o inconsciente consciente" (Beck, 1987b, p. 162).

Segundo, acredita-se que existe uma tendência inata e geralmente adaptativa a estabelecer e ampliar a "orientação," ou o âmbito de fenômenos aos quais um organismo fica atento (ver Kreidler & Kreidler, 1982, 1990). Assim, seria adaptativo que tal processo de orientação fosse desativado em situações catastróficas, uma vez que é geneticamente adaptativo concentrar todos os recursos de atenção disponíveis em ameaças à sobrevivência imediata. Assim, durante este processo a tendência inata e geralmente adaptativa a ampliar a orientação (i.e., elaborar e cogitar outros significados) seria impedida. De acordo com a teoria cognitiva, a pessoa sofrendo de ansiedade fica "presa" a um estilo crucial para a sobrevivência em situações de ameaça real, e a capacidade de cogitar outras interpretações fica, portanto, bloqueada (Beck, Emery, & Greenberg, 1985).

## ***A Natureza Construtivista do Significado***

Uma edição do *Journal of Consulting and Clinical Psychology* foi dedicada em grande parte a abordagens psicoterapêuticas construtivistas (Mahoney, 1993). Naquela série de artigos, teóricos cognitivos de vanguarda trataram da importância de abordagens construtivistas à psicoterapia e à psicopatologia. Por exemplo, Ellis (1993) comparou a primeira teoria racional-emotiva com formulações mais recentes, que ele descrevia como “distintamente construtivista e humanística” (p. 199); e Meichenbaum (1993) sugeria que o construtivismo é “uma terceira metáfora que está orientando o atual desenvolvimento de terapias cognitivas-comportamentais” (p. 203).

Meichenbaum (1993) definiu a perspectiva construtivista como “a idéia de que os seres humanos constroem ativamente suas realidades pessoais e criam seus próprios modelos representativos do mundo” (p. 203). Similarmente, Neimeyer (1993) afirma que o centro da teoria construtivista é “uma visão de seres humanos como agentes ativos que, individual e coletivamente, constroem o significado de seus mundos experienciais” (p. 222). De acordo com isto, Beck et al. (1979) escreveu: “Percepção e experiência em geral são processos *ativos* que envolvem dados inspetivos e introspectivos” (p. 8; ênfase no original). O significado que uma pessoa atribui a uma situação, ou a forma como um evento é estruturado (ou construído) por uma pessoa, teoricamente determina como aquela pessoa se sentirá e se comportará (ver Beck, 1985a). Por outro lado, a teoria cognitiva não apenas sugere a “construção” da realidade; ela também postula a especificidade do conteúdo cognitivo, no qual respostas emocionais específicas (normais e anormais) são associadas com diferentes tipos de construções (Beck, 1976, 1985a).

Em termos mais simples, o comportamento humano normal teoricamente depende da capacidade de a pessoa compreender a natureza do ambiente social e físico dentro do qual ela está situada. A terapia cognitiva é freqüentemente mal-interpretada como adotando apenas uma perspectiva “realista.” Entretanto, a perspectiva cognitiva postula ao mesmo tempo a dupla existência de uma realidade objetiva e uma realidade pessoal, subjetiva, fenomenológica. Desta maneira, a visão cognitiva é consistente com as teorias de condicionamento contemporâneas, que postulam tanto características de estímulo físico externo quanto mediações cognitivas destas (Davey, 1992).

Uma questão importante foi expressada por Mahoney (1989, p. 188), que manifestava preocupação com a dicotomização da teoria “construtivista”: “As pessoas, na verdade, co-produzem suas realidades, assim como suas realidades as co-produzem. O futuro das teorias heurísticas na psicologia deve, entretanto, libertar-se

das oscilações pendulares daquele dualismo e de algum modo abranger a complexidade de nossa posição como indivíduos e objetos de construção". Mahoney faz uma diferença entre "construtivistas críticos," que não negam a existência de um mundo real, e "construtivistas radicais," que são idealistas (no sentido filosófico do termo) e sustentam que não há realidade além da experiência pessoal.

Em contextos sociais onde as realidades fenomenológicas se cruzam, há múltiplas realidades pessoais bem como uma realidade ou contexto físico objetivo dentro do qual residem as realidades subjetivas. Estas "realidades" são igualmente reais, no sentido de que são parte do que existe. Muito obviamente, esse tema levanta a questão da natureza da consciência humana e da metacognição.

Quando uma pessoa experimenta estresse ou um transtorno psicológico, a informação relevante aos esquemas prepotentes será abstraída seletivamente, e a pessoa baseará sua interpretação da situação inteira nesta abstração seletiva (ver Dalglish & Watts, 1990; Logan et al., 1992; MacLeod & Mathews, 1991). Além disso, supondo a mesma entrada de dados, o estado psicopatológico moldará as interpretações muito mais sistematicamente do que o estado não-psicopatológico.

Uma pessoa com um transtorno psicológico está em um estado puramente construtivista. Entretanto, no estado mais normal, uma pessoa é tanto um construtivista quanto um empirista/realista. Portanto, quando uma pessoa está reagindo normalmente, a reação/cognição instantânea a, digamos, uma dor no peito pode ser induzida pelo esquema ("Estou tendo um ataque cardíaco"); entretanto, sob rápida reflexão (metacognição), a pessoa descarta esta hipótese. O terapeuta cognitivo, quando na terapia com um paciente, oscila entre dois estados:

1. Empatia compreensiva envolve um estado construtivista.
2. Como realista/empirista, o terapeuta leva o paciente a focalizar-se mais no que está acontecendo (desse modo livrando o paciente da dominância dos esquemas disfuncionais), a buscar mais informações, e a gerar explicações alternativas para um evento particular.

## **Diretrizes Futuras**

### ***Teoria (e Estilos) da Personalidade***

#### *Definição de Personalidade*

Uma importante diretriz para a teoria cognitiva está no desenvolvimento adicional da teoria da personalidade. A personalidade

talvez seja o mais complexo e idiográfico dos constructos cognitivos. Condizente com uma visão de personalidade como comportamento biológico complexo, Ross (1987, p. 7) sugeriu a seguinte definição: "um constructo composto que representa a soma total das ações, dos processos de pensamento, das reações emocionais, e das necessidades motivacionais da pessoa, através dos quais ela, como organismo biológico geneticamente programado, interage com seu ambiente, influenciando-o e sendo influenciada por ele." Portanto, "personalidade" é o termo que aplicamos a padrões específicos de processos sociais, motivacionais e cognitivo-afetivos, cujos estudos individuais constituem as diferentes áreas de especialização da pesquisa psicológica.

Além de fornecer uma definição de personalidade que é consistente (pelo menos em princípio) com a ciência psicológica básica, a formulação acima expressa uma visão um tanto nova de quais elementos devem ser incluídos em uma conceitualização científica contemporânea de personalidade como um constructo unificador ou organizador para comportamento humano complexo. Uma teoria abrangente incluiria os vários sistemas de comportamento humano complexo, tais como sistemas comportamental, cognitivo, motivacional e emocional, e estes devem estar relacionados a ambientes biológicos e sociais. Essa teoria teria que descrever como os sistemas componentes inter-relacionam-se e influenciam uns aos outros, como eles evoluíram para adaptar-se ao ambiente, e como os mecanismos de estabilidade e mudança operam. Ross (1987, p. 33-34) afirma que embora existam "miniteorias" relativas a, respectivamente, ansiedade, aprendizagem, motivação, memória, comportamento interpessoal, emoção, e outros sistemas, nenhum teórico contudo desenvolveu uma teoria abrangente de personalidade. Abaixo, descrevemos um passo importante em direção ao desenvolvimento de tal teoria abrangente.

### *Teoria Cognitiva de Personalidade*

Beck e colaboradores (1990) sugeriu que os processos cognitivos, afetivos, e motivacionais são determinados pelas estruturas, ou esquemas, idiossincrásicos, que constituem os elementos básicos da personalidade. Espera-se que os esquemas sejam normalmente operativos, bem como nos transtornos do Eixo I e Eixo II. Excetuando-se o retardo mental, os transtornos do Eixo II são os transtornos da personalidade, que incluem as variedades anti-social, esquiva, *borderline*, dependente, histriônica, narcisista, obsessivo-compulsiva, paranóide, esquizóide, esquizotípica, e "sem outra especificação" (American Psychiatric Association, 1994). Os esque-

mas típicos dos transtornos da personalidade teoricamente operam em uma base mais contínua do que é típico nas síndromes clínicas. Esta noção pode oferecer um conceito integrador até então ausente das teorias de personalidade e de transtorno da personalidade.

Com relação ao papel central do constructo de esquema na teoria cognitiva dos transtornos da personalidade, é interessante notar que vários teóricos (p.ex., Horowitz, 1991; Kazdin, 1984) observaram que os conceitos de psicologia cognitiva incluem ou explicam a operação de inúmeros sistemas (afeto, percepção, comportamento), e, portanto, podem servir para fornecer uma linguagem comum que facilite a integração de certas abordagens psicoterapêuticas (conforme afirmado em Alford & Norcross, 1991, e Beck, 1991a). Além disso, a própria personalidade pode ser concebida como um conceito integrador. A tarefa de identificar uma linguagem eficaz para explicar as inter-relações entre vários sistemas é análoga no presente contexto ao problema de integrar os vários sistemas efetivos de psicoterapia. Por isso, a observação de que conceitos cognitivos estão envolvidos em ambas as áreas de integração não é surpreendente.

O conceito de esquema foi adaptado como uma estrutura em torno da qual se organiza e entende a operação dos vários sistemas psicológicos, e parece sugerir uma universalidade na função etológica destes sistemas. Quando os distúrbios de personalidade podem ser vistos como padrões de sistemas idiossincráticos que cronicamente ativam esquemas maladaptativos, entende-se que o processamento esquemático ou de significação está controlando a operação dos sistemas psicológicos.

A definição cognitiva de personalidade inclui processos esquemáticos individuais, que teoricamente determinam a operação dos principais sistemas de análise psicológica (p.ex., motivação, cognição, emoção, etc.). A perspectiva cognitiva enfatizaria padrões característicos do desenvolvimento e diferenciação de uma pessoa e sua adaptação a ambientes sociais e biológicos. Estes padrões são compostos de organizações de esquemas relativamente estáveis, que respondem pela estabilidade de sistemas cognitivos, afetivos, e comportamentais através do tempo. Estes sistemas de esquemas especializados são conceitualizados como os componentes básicos da personalidade. Sub-organizações específicas destes sistemas básicos são denominados *estilos* (Beck, 1996). Os estilos consistem de esquemas que contêm as memórias específicas, os algoritmos para resolver os problemas específicos, e as representações específicas em imagens e linguagens que formam as perspectivas. Os transtornos da personalidade são conceitualizados simplesmente como operações de sistemas hipervalentes maladaptativas (coordenadas

como estilos) que são específicas de estratégias primitivas. A operação de estilos disfuncionais, embora presentemente maladaptativa, provavelmente servia em contextos mais primitivos para assegurar adaptação/sobrevivência. Os vários estilos ativam estratégias programadas para realizar categorias básicas de habilidades de sobrevivência, tais como defesa de predadores, o ataque e a derrota de inimigos, a procriação, e a conservação de energia (Barkow, Cosmides, & Tooby, 1992; Baron-Cohen, 1995, Cap. 2).

Essa perspectiva pode parecer a princípio uma abordagem óbvia, até que a comparemos com aquela que tem sido comumente proposta. Teóricos psicológicos tanto cognitivos como não-cognitivos (p.ex., Skinnerianos) têm aplicado os princípios Darwinianos de sobrevivência genética para incluir evoluções de comportamento ou sistemas cognitivos complexos. Os primeiros (e mais radicais) escritos comportamentais de Skinner fazem analogias explícitas entre a seleção de características de uma espécie e a seleção do comportamento de um indivíduo por suas conseqüências. Similarmente, Beck e colaboradores (1990) postulava que a evolução da organização estrutural (esquemática) dos estilos de personalidade tradicionais específicos (esquiva, anti-social, dependente, etc.) estava baseada em princípios etológicos.

De acordo com Ross (1987), essa visão de personalidade está conceitualmente incompleta, assim como a ciência básica dos respectivos sistemas psicológicos ou esferas de análise. Entretanto, os avanços no entendimento dos transtornos da personalidade corresponderão a avanços no entendimento daqueles aspectos de processamento esquemático na memória, na compreensão, e na atenção/percepção (como exemplos) que podem variar de uma pessoa para outra, e que podem constituir vulnerabilidade a transtorno de personalidade (ver MacLeod & Mathews, 1991). Uma atividade esquemática específica, consciente ou inconsciente, tal como interação interpessoal, emoção, ou cognição, foi selecionada (por processos evolucionários) para facilitar tipos específicos de processamento. O tipo de processamento selecionado é aquele com maior probabilidade de ser adaptativo sob as condições ambientais que ativam aquele estilo particular:

A ativação de um estilo (p.ex., raiva, ataque) através de diferentes sistemas psicológicos (emoção, motivação) é determinada pelo processamento esquemático idiossincrásico derivado da programação genética de um indivíduo e suas crenças culturais/sociais internalizadas. Para dar um exemplo de percepção, estudos têm demonstrado que o olfato envolve diversos sistemas neuronais, incluindo os padrões de atividade espacial da célula receptora nasal, o córtex olfativo, e o córtex entorinal (que combina sinais de outros

sistemas sensoriais). A inclusão de outros sistemas sensoriais resulta em uma percepção que tem um significado único, uma vez que o odor percebido está associado com memórias específicas a uma determinada pessoa (Freeman, 1991). A personalidade é similarmente idiossincrásica e baseada em ativação de sistemas a níveis corticais "superiores." De acordo com essa questão, Flanagan (1992, p. 222) observa que a personalidade (ou *self*)

é a produção conjunta do organismo e do mundo social complexo no qual ela vive sua vida. Provavelmente, seria perda de tempo procurar mapas neurais idênticos das auto-representações de diferentes indivíduos. Não porque a auto-representação não seja realizada neuralmente, mas porque a particularidade fenomenológica da identidade auto-representada sugere particularidade neural.

Colocado de outra forma, embora o *self* não possa existir separado dos neurônios, a singularidade da vivência do *self* sugere que padrões neurais característicos constituem a personalidade de cada indivíduo. Além disso, a personalidade não pode de forma alguma ser entendida por sua "redução" ao nível fisiológico (i.e., padrões de neurônios), uma vez que o significado intrínseco destes padrões neurais podem apenas ser descobertos dentro da experiência fenomenológica pessoal.

Em resumo, a teoria cognitiva considera que a personalidade baseia-se na operação coordenada de sistemas complexos que foram selecionados ou adaptados para assegurar sobrevivência biológica. Os vários sistemas apresentam continuidade através do tempo e das situações de vida e foram descritos em escritos psicológicos como os inúmeros "traços" e "transtornos" da personalidade. Mais abstratamente, esses atos coordenados consistentes são controlados por processos ou estruturas genética e ambientalmente determinados, denominados "esquemas." Os esquemas são essencialmente "estruturas de significado" conscientes e inconscientes; eles servem a funções de sobrevivência. Para ser efetivo, o processamento esquemático deve ser adaptativo a demandas sociais e ambientais imediatas por meio da coordenação e de operações de sistemas adaptativos. Quando as circunstâncias ambientais mudam muito rapidamente (como de sociedades pré- para pós-industrialização, ou de caça para agrícolas), estratégias anteriormente adaptativas continuam a operar, de modo que uma adaptação insatisfatória pode se desenvolver. Por exemplo, traços adequados para a caçada agressiva de animais selvagens podem não se ajustar a um ambiente social que valoriza o cultivo paciente de produtos agrícolas. Muito do que nos referimos como "transtorno de personalidade" provavelmente tem sua origem na evolução de estratégias

para sobrevivência que são relativamente menos efetivas, ou na verdade maladaptativas, nos ambientes atuais (Beck et al., 1990, Cap. 2; Gilbert, 1989). Novas articulações da natureza da personalidade são diretrizes futuras importantes para a teoria cognitiva (ver também Pretzer & Beck, 1996).

### ***A Natureza Evolutiva da Teoria Cognitiva***

Os componentes específicos da teoria cognitiva empregados na terapia com um determinado paciente são específicos aos objetivos ou propósitos do terapeuta, dada a situação contextual (i.e., as características do paciente, tal como personalidade e responsividade afetiva). Portanto, a teoria cognitiva relativa a estratégias para tratamento de um caso particular depende dos objetivos do terapeuta cognitivo, conforme derivado da conceitualização do caso individual.

Em sua forma geral, a teoria cognitiva especifica que a melhora sintomática no transtorno psicológico resulta da modificação do pensamento disfuncional, e que a melhora durável (redução de relapso) resulta da modificação de crenças maladaptativas. Dentro dessa ampla definição de terapia cognitiva, a aplicação de formulações teóricas selecionadas apoiada por pesquisa cognitiva básica experimental seria considerada psicoterapia cognitiva. Portanto, o terapeuta cognitivo, ao modificar o pensamento e as crenças do paciente, é livre para tomar emprestados conceitos teóricos de pesquisas cognitivas empíricas básicas sem violar os princípios fundamentais da terapia cognitiva. Dessa maneira, a teoria cognitiva evolui juntamente com a pesquisa básica sobre a natureza da cognição.

### **Notas**

- <sup>1</sup> Ver Haaga e Beck (1995) para uma revisão das complexidades e situação empírica do conceito "distorção cognitiva".
- <sup>2</sup> Este nível foi denominado de "significado genérico inferencial" (Teasdale & Bernard, 1993, p. 217)



# 2

## Metateoria

Certas concepções errôneas sobre terapia cognitiva da parte de terapeutas integracionistas (e outros) têm contribuído para o insucesso em perceber a natureza integradora da teoria e da terapia cognitivas (ver Gluhoski, 1994). Na revisão de um dos principais livros editados sobre integração da psicoterapia, A. A. Lazarus (1995b) observou o seguinte: “Parecia-me que orientações específicas eram com freqüência apresentadas incorretamente e julgadas injustamente, que certas abordagens eram apresentadas como caricaturas, que homens de palha (ou seriam pessoas?) eram construídos e destruídos” (p. 401). Portanto, este capítulo e o Capítulo 3 esclarecem outros aspectos metateóricos e teóricos específicos da terapia cognitiva.

A filosofia, historicamente, ocupa-se de questões e problemas aos quais falta uma definição adequada. Assim sendo, a pergunta certa é tão importante quanto a resposta certa. Na verdade, sem a pergunta correta ou uma pergunta significativa, não se pode chegar a uma resposta adequada. Muitas perguntas ou concepções errôneas sobre terapia cognitiva parecem ser malsucedidas por tratarem o assunto de uma maneira demasiadamente simplista, reducionista, ou dicotômica (ou-ou). Por exemplo, é obviamente simplista perguntar, “Um avião voa porque tem asas, ou porque vai muito rápido?” Entretanto, pode não parecer tão simplista perguntar, “Uma pessoa experimenta pânico devido a fatores cognitivos, ou a fatores fisiológicos?” Contudo as duas perguntas são igualmente inadequadas.

Além desse tipo de dicotomização, inúmeras outras questões, inter-relacionadas, relativas às bases filosóficas da terapia cognitiva deveriam ser esclarecidas. Essas incluem (1) a natureza da teoria; (2) tipos de “causas”; (3) a natureza da cognição; (4) cognição como

ponte clínico-teórica; e (5) cognição e a relação terapêutica. Estas questões específicas são discutidas na seção a seguir.

## A Natureza da Teoria

Como fenômeno cognitivo em si, a natureza da teoria é de particular interesse para nós. Nesta seção, discutimos brevemente seis equívocos comuns sobre a natureza da teoria. Estes incluem (1) a falsa dicotomia entre teoria clínica e científica; (2) a falsa dicotomia entre teorias de fenômenos simples e de fenômenos complexos; (3) a falácia que metáforas e analogias (p.ex., o computador como cognição humana) são o equivalente de teorias científicas; (4) a natureza necessariamente diferente, intrinsecamente limitada, e freqüentemente contraditória das metáforas e analogias usadas para descrever um fenômeno natural; (5) circularidade em termos psicológicos básicos; e (6) subjetividade na ciência psicológica.

Com relação ao primeiro equívoco, a terapia cognitiva tem sido caracterizada como uma teoria mais "clínica" do que "científica" (Teasdale & Barnard, 1993, p. 211). Entretanto, no contexto de fenômenos clínicos, psicopatologistas experientiais observam os mesmos fenômenos que os clínicos (ver Stein & Young, 1992). Na verdade, na medida em que este não é o caso, a observação dos teóricos não-clínicos pode carecer de validade ecológica. Portanto, não é plausível usar critérios diferentes na avaliação ou classificação de teoria clínica *versus* científica. Antes, critérios como parcimônia, âmbito de aplicabilidade, validade empírica, testabilidade, e consistência interna aplicam-se a teorias em geral. Além disso, uma vez que a teoria cognitiva clínica é um sistema de axiomas, a diferença entre teorias clínicas e científicas não pode sugerir corretamente graus diferentes de precisão ou testabilidade. Conforme descrito por Popper (1959) (e demonstrado em detalhes no Capítulo 1 deste livro), uma teoria é esclarecida e definida através de sua redução a um número de afirmações axiomáticas específicas.

O segundo ponto diz respeito à falsa dicotomia entre teorias de fenômenos simples e de fenômenos complexos. Como apresentações metódicas de experiência perceptiva, as teorias científicas são descrições sistemáticas do mundo – afirmações quantitativas ou qualitativas de experiência (ver Popper, 1959, p. 94). Na maioria dos casos, maiores ou menores graus de precisão (previsão) são possíveis, dependendo do nível de complexidade (número de variáveis controláveis) dos fenômenos que são os objetos das análises científicas.

Portanto, ao se estudar seres humanos (e particularmente ao se estudar aspectos complexos dos seres humanos como a cognição), o grau de complexidade envolvido é maior do que, por exemplo, aquele envolvido no estudo da oscilação de um pêndulo. No último caso, as relações entre o tempo e o movimento do pêndulo podem ser descritas quantitativamente. No primeiro caso, a precisão do tipo obtido na descrição do movimento do pêndulo não é possível. Isso é particularmente verdadeiro na excepcionalmente complexa ciência de especificidade do conteúdo cognitivo e dos processos cognitivos na psicopatologia. Não obstante, as teorias de cada respectivo fenômeno são igualmente "científicas," de acordo com o entendimento típico do termo (Popper, 1959). O fato de que certas esferas de análise científica são complexas, e outras relativamente simples, não confere logicamente um *status* científico diferente a uma ou a outra. Esta questão é análoga à primeira questão acima, relativa à falsa diferenciação entre teoria clínica e científica.

Nosso terceiro ponto diz respeito à diferenciação entre metáforas ou analogias e teorias. Cientistas básicos freqüentemente tentam simplificar esferas complexas de análise científica usando analogias ou metáforas como mecanismo explanatório. Esta é geralmente uma prática bastante razoável. Entretanto, o uso não-crítico destes mecanismos pode ter importantes desvantagens. Por exemplo, na revisão de um novo livro sobre ciência cognitiva, Sternberg (1993) observou que os cientistas cognitivos parecem ter pouco a dizer sobre como as pessoas realmente pensam em suas vidas cotidianas. Além disso, ele atribuiu essa ausência de validade ecológica a um erro notável no pensamento por parte dos próprios cientistas cognitivos: freqüentemente parece haver uma confusão entre o uso de metáforas de computador para explicar processos cognitivos humanos, e processos humanos como tais. Nas palavras de Sternberg, "O que começou como uma metáfora (a máquina) para um objeto de estudo (o ser humano) talvez um dia substitua o objeto de estudo" (1993, p. 1274).

A mente humana usa computadores apenas como instrumentos de manejo de informações. Analogias computacionais podem nunca levar a um entendimento de como a mente funciona, uma vez que o cérebro não é um computador digital (Searle, 1990). Na verdade, os computadores como extensões ou criações da mente (instrumentos da mente) podem não lançar mais luz sobre os processos mentais do que, digamos, os talheres nos esclarecem sobre a nutrição. Os talheres nos ajudam a manipular o alimento, e os computadores a calcular. Entretanto, os cálculos são possíveis sem os computadores, e a alimentação pode ser obtida sem a ajuda de utensílios. Na verdade, poder-se-ia usar uma analogia de utensílio (p.ex.,

a colher) em lugar da outra (o computador) para explicar a cognição, e ainda manter o poder explanatório! Consideremos este exemplo: “A mente escava informações como uma colher.” Compare-mo-lo com o seguinte: “...modelos esquemáticos são usados para *computar significados proposicionais* [IMPLIC-PROP] que podem, por sua vez, ser mandados de volta [PROP-IMPLIC] para alimentar novo processamento baseado no modelo. Em muitos aspectos importantes, esse ciclo é o mecanismo central da cognição humana” (Teasdale & Barnard, 1993, p. 76; ênfase acrescentada). Na primeira analogia, a mente é como uma “pá concava.” Na segunda, ela “computa,” “alimenta,” e se torna uma “máquina”.

O grau em que tais analogias nos ajudam a entender o conteúdo ou os mecanismos reais da mente até o momento não é claro. Entretanto, Searle (1990) forneceu razões lógicas ao sugerir que tais analogias são “mal-definidas” (p. 33). Seu argumento não é que elas estejam erradas, mas antes que elas carecem de um sentido claro. Para resumir (em parte) sua linha de raciocínio, uma vez que as analogias computacionais estão em um nível muito elevado de abstração, elas deixam de captar a realidade concreta de intencionalidade intrínseca e consciência. Como exemplos, Searle (1990) sugere que a “informação” no cérebro ou mente é sempre específica a alguma modalidade, tal como pensamento, visão, audição, ou tato.

Ao operar um computador, o operador humano codifica informações de uma forma que ele, como agente externo, interpreta então tanto sintática quanto semanticamente. Conforme observa Searle (1990, p. 34), “a aparelhagem não tem sintaxe ou semântica intrínseca: Tudo está no olho do observador.” É exatamente essa diferença fundamental entre teorias computacionais e teoria cognitiva clínica que explica a falha das teorias computacionais em incorporar adequadamente estados intrínsecos de consciência em seus axiomas teóricos básicos (se, afinal de contas, tais axiomas fossem descritos). Portanto, a especificidade de conteúdo cognitivo (para usar um exemplo axiomático) não pode ser reduzida a nenhum aspecto ou fato que possa ser significativamente comparado com um computador digital.

Quarto, continuando com o tema de metáforas como hipóteses ou modelos científicos, Pepper (1963, p. 269) diferenciou a “hipótese universal” de outras hipóteses: “Outras hipóteses estão implícita, se não explicitamente, limitadas a um problema local ou, como nas ciências especiais, a um campo especial de assunto”. Dentro de uma determinada esfera de interesse científico, as conceitualizações científicas não são tipicamente consistentes com uma única metáfora ou analogia fundamental (ver Oppenheimer, 1956). Para dar um exemplo anteriormente mencionado em outro lugar (Alford,

1993b), as conceitualizações de luz da física utilizam metáforas de “partícula” e “onda” simultaneamente. De maneira semelhante, os fenômenos psicológicos complexos (como a cognição humana) não se comportam de formas que levem em conta categorias metafóricas unitárias, simples. Portanto, embora inúmeras metáforas possam ser consideradas úteis para tornar concreta a afirmação formal da teoria cognitiva, nem a teoria cognitiva nem seu objeto de estudo podem estar limitados a qualquer analogia isolada.

Nosso quinto comentário sobre a natureza da teoria diz respeito a termos teóricos básicos. O termo “esquema”, como um desses termos básicos na teoria cognitiva, é usado para explicar e prever diferenças individuais no funcionamento de sistemas psicológicos complexos (p.ex., percepção, motivação, afeto e cognição). Portanto, podemos nos referir geralmente a esquemas como “estruturas básicas que integram e associam significado a eventos”, e podemos também afirmar que os esquemas “mediam estratégias para adaptação”.

Fazendo uma analogia, o termo básico “reforço” serve nas teorias comportamentais para explicar como (em vez de “que”) o comportamento humano é modificado durante a adaptação de um organismo a ambientes complexos. O relato teórico comportamental radical de mudanças na probabilidade de resposta é em termos de contingências de “reforço.” “Reforço” é então definido como mudança na probabilidade de resposta, de modo que há um princípio de circularidade na explicação oferecida. Portanto, o termo “reforço” é um termo básico ou indefinido.

Talvez a alternativa à teoria circular seja a teoria linear. Qual é a melhor pode depender da natureza do fenômeno (ou fenômenos) que está sendo descrito. Se o fenômeno está linearmente relacionado a outros fenômenos, então a explicação linear é preferível; se ele está relacionado a outros fenômenos de uma maneira reciprocamente determinada de retroalimentação-antealimentação, então a teoria circular é apropriada. Portanto, dada a natureza “biopsicossocial” dos fenômenos psicológicos, R. S. Lazarus (1991b, p. 30) está provavelmente correto ao dizer que a circularidade é inevitável na psicologia. Nesse sentido, é importante evitar confundir precisão com o uso de definições inadequadamente reducionistas. Os termos devem ser aplicados em um nível de análise proporcional aos fenômenos sob estudo.

A questão da circularidade está relacionada àquela de termos indefinidos. Definir um fenômeno é demarcar suas fronteiras, especificar sua localização no espaço, ou identificar suas características conceituais. Uma questão central deste livro é que a teoria cognitiva é de natureza integrativa. A terapia cognitiva abrange um amplo

âmbito de fenômenos e inclui observações de muitos pontos de vista. Esta característica da teoria cognitiva requer um nível de análise que inclua toda a gama de variáveis envolvidas na geração de significado. Portanto, o conceito “significado” é corretamente entendido como ele próprio sendo uma consequência de vários sistemas; ele é causado por múltiplas variáveis, elas próprias necessitando de explicação. O nível de análise da teoria cognitiva é um nível legítimo (útil), visto que relacionamentos legítimos foram identificados neste nível superior de complexidade.

Conforme observou Laing (1967, p. 29-33), “as teorias podem ser vistas em termos da ênfase que elas dão à *experiência*, e em termos de sua capacidade de articular a relação entre experiência e comportamento” (ênfase no original). Na terapia cognitiva, as variáveis dentro do ambiente externo e da experiência fenomenológica interna são integradas em uma teoria unificada, coerente para prática clínica. Essa posição foi expressa tanto nas primeiras formulações (p. ex., Beck, 1964) quanto em formulações mais recentes (Beck, 1991b). Por exemplo, ao explicar as origens proximais do constructo cognitivo “pensamentos automáticos,” Beck (1991b, p. 370) envolve variáveis internas e externas: “As crenças relevantes interagem com a situação simbólica para produzir os pensamentos automáticos” (ênfase no original). Portanto, a posição filosófica fundamental da terapia cognitiva, e os constructos teóricos básicos consistentes com sua posição filosófica, integram dimensões internas (fenomenológicas) e externas (ambientais).

A questão final diz respeito ao lugar da “subjetividade” na ciência psicológica. Na ciência, a objetividade é definida em termos de concordâncias entre as perspectivas subjetivas (observações) de cientistas individuais. Portanto, a objetividade deriva da subjetividade, e neste sentido está subordinada a ela. Consistente com a supremacia cognitiva, certos termos e variáveis causais na teoria cognitiva referem-se a fenômenos privados (subjetivos) (Alford, Richards, & Hanych, 1995). Estes incluem processos interpretativos e experiências do indivíduo. Por exemplo, os esquemas são definidos como estruturas de cognição atribuidoras de significado, e o termo “significado” é então definido como a interpretação da pessoa de um determinado contexto e a relação daquele contexto com a própria pessoa. Alguns podem opor-se a estes termos e definições teóricos clínicos alegando que eles carecem de “especificidade,” ou que eles sugerem uma subjetividade intrínseca “não-científica.”

Goldman (1993, p. 368) explicou esta questão como se segue:

Nem todas as palavras na linguagem (talvez muito poucas) podem ter definições “redutivas”. Deve haver uma saída do círculo de definições puramente verbais ... Não seria surpreendente

que os significados de algumas palavras, especialmente aquelas aqui tratadas, estivessem mais largamente ligadas à experiência subjetiva do que a critérios comportamentais. Por que palavras como “consciência”, “percepção”, e “sentimento” não deveriam estar associadas no entendimento corrente a condições subjetivamente identificáveis em vez de a eventos comportamentais (cf. Jacobson, 1985a, 1985b)?

Ampliando essa linha de raciocínio, Searle (1993) argumentou que é possível haver uma ciência de consciência epistemicamente objetiva, mesmo que a esfera de consciência seja ontologicamente subjetiva. Ele vê a consciência como inteiramente originada por processos cerebrais, e enfatiza que a consciência não é alguma substância ou entidade externa. Antes, a consciência é uma *característica* de nível superior de todo o sistema (Searle, 1992; 1993, p. 312). De acordo com essa visão, os axiomas de teoria cognitiva apresentados anteriormente descrevem a natureza (e interações) de diferentes níveis, aspectos, e funções da consciência humana (ou mente) em um contexto clínico (ver Searle, 1993).

## Causas

O termo “causa” tem diversos significados na filosofia e na psicologia (ver White, 1990). Conforme revista por White (1990), a noção de “causa eficiente” refere-se a eventos ou compulsões externas anteriores ocasionando um efeito. As primeiras explicações científicas geralmente se focalizavam na causação eficiente, quando os cientistas explicavam como variáveis externas forçavam acontecimentos subseqüentes. Essas explicações eram reducionistas ou atomísticas em seus pressupostos metafísicos (White, 1990). Na teoria psicológica, tais pressupostos são questionáveis e certamente inadequados ao assunto todo. Os fenômenos nos quais o psicopatologista experiencial está interessado estão em um nível de complexidade ou inter-relação que geralmente não se presta a análises causais eficientes.

As análises causais finais enfocam as conseqüências ou os produtos finais dos fenômenos a serem explicados, bem como a maneira pela qual tais conseqüências dos fenômenos podem desempenhar um papel causal em seu surgimento. As causas finais foram enfatizadas na teoria comportamental, na medida em que se diz que *reforço* é o resultado final ou “propósito” pelo qual um ato ocorre (cf. White, 1990, p. 4). Rachlin (1992) sugere que as análises causais finais são necessária ou intrinsecamente menos precisas do que as análises causais eficientes. Isso ocorre porque as análises causais finais devem explicar a história do desenvolvimento de um

fenômeno psicológico particular; portanto, contextos e variáveis ambientais do passado devem ser consideradas (Rachlin, 1992, p. 1378-1379). Por exemplo, na teoria cognitiva, a explicação causal eficiente para a manutenção de um episódio depressivo incluiria a tendência negativa na organização cognitiva que influencia o processamento das informações que chegam. A maneira precisa na qual a tendência cognitiva negativa evoluiu com o tempo, e as circunstâncias que selecionaram essa programação cognitiva particular, podem nunca ser inteiramente explicadas, embora os processos evolucionários provavelmente tenham selecionado tais mecanismos da mesma maneira que outros mecanismos adaptativos são selecionados. Portanto, a teoria cognitiva de psicopatologia e psicoterapia inclui explicações causais eficientes e finais; como tal, ela abrange múltiplos níveis de análise causal.

Behavioristas como Dougher (1993) apontaram a necessidade de identificar causas externas de comportamento, e sugeriram que os mecanismos cognitivos "necessitam de explicação e não podem ser usados como explicações por si mesmos" (p. 204). Embora concordemos que análises causais finais são desejáveis, e que "a análise (do comportamento) permanece incompleta" (Dougher, 1993, p. 204) a menos que causas externas e/ou distais sejam articuladas, as análises científicas de sistemas abertos complexos sempre permanecem incompletas. É óbvio que uma análise *completa* exigiria a inclusão do "Big Bang" mais todos os eventos anteriores e subseqüentes (Alford, Richards, & Hanych, 1995).

Uma outra fonte de complexidade enfrentada por teóricos cognitivos é o *status* causal das intenções e dos objetivos de um indivíduo e os significados que são vinculados aos eventos. Teóricos comportamentais radicais têm argumentado que nossos pensamentos e sentimentos pessoais são "mais exatamente reações inevitáveis ao mundo do que causas de ações" (Dougher, 1993, p. 205). Entretanto, a teoria cognitiva vê a pessoa como um "agente livre" potencial ou "variável independente." Embora as causas da ação independente possa frequentemente ser identificada, uma pessoa pode tornar-se ciente das causas de um determinado comportamento que pode ser inconsistente com objetivos específicos; a pessoa pode então preferir mudar aquele comportamento para torná-lo consistente com objetivos específicos (valores). A ativação do sistema metacognitivo, definido como a soma total de todas as variáveis das quais a pessoa tem consciência, pode adquirir um *status* causal em si mesmo (Alford, Richards, & Hanych, 1995).

A tarefa enfrentada por teóricos cognitivos é idealizar uma teoria cognitiva adequada que explique as origens da psicopatologia, e, ao mesmo tempo, explique a correção clínica destes transtornos.

Realizar isso de uma maneira abrangente requer um entendimento da operação do funcionamento psicológico humano a partir de diversos níveis de análise, incluindo perspectivas de várias disciplinas científicas relacionadas (p.ex., cérebro e biologia evolucionária, sociologia, genética, e psicologia social-cognitiva básica).

Unir tantos campos científicos divergentes exigiria uma abordagem interdisciplinar ou "de sistemas" coincidente com as complexidades da prática clínica efetiva. Uma teoria abrangente eventualmente incluiria relacionamentos entre os vários sistemas de comportamento humano complexo, tais como os sistemas comportamental, cognitivo, "motivacional," e emocional; esses devem estar relacionados a sistemas biológicos e sociais. O conceito teórico de "estilo," apresentado no Capítulo 1, elabora esses relacionamentos (Beck, 1996). Tal teoria descreveria como os sistemas componentes se inter-relacionam e influenciam uns aos outros, como eles evoluíram para adaptar-se ao ambiente, e como os mecanismos de estabilidade e mudança operam. A cognição fornece uma estrutura integradora para tal teoria de sistemas (contextual ou relacional).

## **A Natureza da Cognição**

A teoria cognitiva descreve uma ampla gama de fenômenos (variáveis) clínicos observados na prática clínica efetiva. O contexto da prática clínica efetiva é um ambiente um tanto complexo que inclui sistemas interativos em muitos níveis, particularmente variáveis interpessoais/sociais (ver Beck, 1988b; Beck et al., 1979, Cap. 3). O propósito da teoria cognitiva é fornecer instrumentos conceituais para ação ou prática efetiva nestes contextos clínicos. Ela também explica os fatores ou processos responsáveis pelo desenvolvimento, manutenção, correção, e prevenção de psicopatologia.

A teoria cognitiva explica o papel da *cognição* nos inter-relacionamentos entre variáveis clinicamente relevantes, tais como emoção, comportamento e relacionamentos interpessoais. A cognição como atualmente definida inclui todas as estruturas teóricas necessárias para apoiar o processamento de informações. Contudo ela é mais do que isso, uma vez que cognição pode incluir "pensar sobre o pensamento" (metacognição), juntamente com os objetos ou eventos que constituem o conteúdo do pensamento. Como tal, a cognição é claramente um constructo interacional, contextual (cf. Werner, Reitboeck, & Eckhorn, 1993). Ela coordena sistemas e é transacional.

Dizer que a cognição é "contextual" significa simplesmente que seu processamento e conteúdo fenomenológico são determina-

dos por ou responde a circunstâncias ativadoras dentro do ambiente. Ao mesmo tempo, a experiência fenomenal consciente (percepção) de uma pessoa pode assumir um *status* causal emergente. Portanto, é igualmente razoável perguntar, “O que causa a consciência?” e “O que a consciência causa?”

O organismo humano pode agir com intenção e propósito para modificar seu ambiente ou sua própria resposta a este ambiente. Portanto, a postura filosófica da teoria cognitiva sobre a questão de “livre arbítrio” reconhece a cognição como um mecanismo que pode, em parte, ser determinado ou controlado por variáveis externas. Contudo, ao mesmo tempo, a natureza da consciência humana inclui o potencial para causalidade e criatividade. Na verdade, sem esse potencial, não haveria novas teorias científicas das quais derivar hipóteses testáveis para pesquisa científica empírica!

A teoria cognitiva não sugere que o aparato cognitivo é capaz de captar (ou “representar”) diretamente a realidade. Fenômenos internos e externos invadindo um sistema nervoso humano interagem com aquele sistema. Portanto, a experiência humana consciente não constrói o mundo unilateralmente (como os construtivistas sociais radicais podem sugerir); antes, ela consiste de uma interação *com* o mundo ou ambiente. Mesmo críticos estudiosos da teoria cognitiva concordariam sobre essa questão básica. Por exemplo, Coyne (1994) observou corretamente a importância de se analisar não apenas “o que está na cabeça,” mas também “como está a cabeça na transação com o mundo interpessoal” (p. 403).

English e English definem o esquema cognitivo como “o padrão complexo, gravado na estrutura organizacional pela experiência, que *combina com as propriedades do objeto de estímulo apresentado ou a idéia apresentada para determinar como o objeto ou idéia deve ser percebido ou conceitualizado*” (citado em Beck, 1964, p. 562; ênfase acrescentada por nós). Conforme elaborado em “The Nature of Theory” acima, a analogia com sistemas de processamento de informação (computadores) embora talvez de algum valor heurístico, é insuficiente em muitos sentidos. Os computadores não penetram diretamente nas transações com o mundo da mesma maneira que a cognição humana. Antes, os dados são gerenciados inteiramente em termos dos objetivos do(s) programador(es).

Colocado de outra forma, a cognição faz a mediação entre o ambiente e o organismo humano. Presumivelmente, através de seleção natural ela evoluiu para isso. Ao *adaptar-se* ativamente ao mundo, o sistema cognitivo humano envolve-se em transações com o ambiente natural, enquanto que o “comportamento do computador” é determinado por variáveis sobre as quais os computadores não têm controle direto. Portanto, a teoria cognitiva incorpora prin-

cípios ou características ecológicas bem como de processamento de informação.

Consistente com a posição acima, Searle (1994) sugeriu recentemente que mesmo argumentar que metáforas computacionais para a mente são falsas é fazer concessões demais! Ele levanta essa questão com base na falha dos teóricos que empregam metáforas computacionais em diferenciar entre fenômenos intrínsecos e aqueles que são relativos ao observador. Com relação a esse assunto, ele conclui: "Assim a questão, 'A consciência é um programa de computador?' carece de um sentido claro ...A computação existe apenas em relação a algum agente ou observador que impõe uma interpretação computacional a algum fenômeno. Este é um detalhe óbvio. Eu deveria ter visto isso há 10 anos, mas não vi" (Searle, 1994, p. 103). Uma questão idêntica é levantada por Goldman (1993): "Nosso entendimento usual de percepção e consciência parece residir em aspectos que estados conscientes têm em si mesmos, não em relações que eles mantêm com outros estados" (p. 367).

### **Cognição como uma Ponte Clínico-Teórica**

Ao conduzir um tratamento clínico geral de um transtorno psicológico, o psicoterapeuta conta primariamente com a comunicação verbal para facilitar a correção do transtorno. Este é o caso se o psicoterapeuta adota uma abordagem comportamental, uma abordagem psicodinâmica, ou qualquer outra abordagem psicoterapêutica estabelecida. Portanto, um aspecto comum entre as várias psicoterapias é que a terapia envolve comunicação, ou a troca de informação, entre terapeuta e paciente.

Essa troca de informação constitui um processo cognitivo entre os participantes. A troca de informação tipicamente inclui o seguinte: (1) estados emocionais, (2) sintomas comportamentais, (3) expectativas de melhora, e (4) experiências e significados ligados às experiências. Além disso, a troca clínica de informação (comunicação) ocorre nos níveis de consciência implícitos (não-conscientes) e explícitos (conscientes) tanto por parte do paciente quanto do terapeuta. A teoria cognitiva como uma "teoria de teorias" – uma teoria que articula a maneira na qual teorias pessoais (esquemas cognitivos) determinam a operação de outros sistemas psicológicos (Beck, 1996; Kelly, 1955) – estipula que alterações nos processos cognitivos determinam o impacto da terapia.

Mesmo quando a interação terapêutica clínica inclui a aplicação de outras terapias nominais (tais como técnicas comportamentais ou a livre associação de produtos cognitivos conscientes), a psicote-

rapia é indiscutivelmente um exercício de troca de informação. A troca entre terapeuta e paciente pode focalizar-se em conceitos de condicionamento operante. Terapeuta e paciente podem discutir prováveis conseqüências positivas ou negativas de ações, e durante a sessão de terapia em si eles podem elaborar essas conseqüências dentro do contexto paciente-terapeuta. Eles também podem considerar conceitos psicanalíticos, tais como impulsos sexuais e agressivos e a maneira como tais impulsos são reconhecidos (e adaptativamente dirigidos) na vida do paciente. Ou eles podem discutir noções humanistas de auto-realização. Entretanto, independente de conteúdo, o processo de terapia comumente denominado de “relação terapêutica” ou “aliança” é básica e simplesmente uma troca de informações entre terapeuta e paciente – nada mais (ou menos).

A supremacia cognitiva, uma posição metateórica básica da terapia cognitiva, é consistente com uma observação fundamental: que todos os outros processos psicológicos são explicados por meio de conceitos cognitivos. Essa questão parece tão óbvia que talvez suas implicações sejam comumente desconsideradas. Por exemplo, terapeutas “experenciais” transmitem sua abordagem terapêutica primariamente por meio de constructos verbais (cognitivos), não por constructos experenciais. Quer como cientistas psicológicos ou como não-cientistas, os seres humanos não podem transmitir ou organizar processos como “comportamento,” “experiência,” “emoção,” ou “a relação terapêutica” exceto através de constructos cognitivos. Nenhuma outra função psicológica fornece essa função de organização particular. Portanto, há um paralelo óbvio entre (1) as formulações cognitivas ou organizações teóricas de diversos processos psicológicos (cognição, afeto, comportamento) por cientistas comportamentais, e (2) as organizações psicológicas de seres humanos em seus ambientes naturais, os quais podem ser objeto de estudo e teorização pelos cientistas comportamentais. Em qualquer caso, a cognição sozinha fornece significado (ou coerência) aos vários outros processos psicológicos básicos. Essa questão central é mais desenvolvida no Capítulo 3.

### **Cognição e a “Relação Terapêutica”**

Dados os problemas de definição e especificidade associados com o conceito “relação terapêutica,” este tema poderia facilmente ser considerado uma questão mais filosófica do que teórica. Por essa razão, ele é incluído no presente capítulo. Na terapia cognitiva, como em qualquer abordagem verbal (*vs.* farmacológica) ao tratamento psicológico, existe um ambiente social ou interpessoal den-

tro da sessão de terapia (Beck et al., 1979, Cap. 3; Safran, 1984). O termo “relação terapêutica” ou “aliança” refere-se simplesmente a este ambiente interpessoal. (Poderia ser observado, entretanto, que o termo “terapêutico” na referência comumente usada à “relação terapêutica” – como um “fator comum” nas psicoterapias [p.ex., Castonguay & Goldfried, 1994, p. 164] – pressupõe que a relação terá um impacto interpessoal positivo. A pergunta “A relação terapêutica é terapêutica?” é tautológica; ela é equivalente à perguntar “O tratamento efetivo é efetivo?”)

Arkowitz e Hannah (1989, p. 149) observam que a terapia dinâmica de tempo limitado (TDTL) considera a relação terapêutica um pré-requisito necessário e o veículo principal para mudança. O que significa dizer isto? Arkowitz e Hannah (1989, p. 149), citando Strupp e Binder (1984), afirmam que “o significado e a função de qualquer intervenção técnica são determinados pelo contexto da relação terapêutica”. Na terapia cognitiva, o terapeuta obviamente trata aqueles estilos maladaptativos (cognitivo, afetivo, comportamental) que um paciente manifesta durante as sessões de tratamento (i.e., na relação terapêutica). A relação paciente-terapeuta, entretanto, não constitui o contexto total das vidas dos pacientes. Arkowitz e Hannah declaram:

Conforme enfatizam estes autores [Strupp & Binder], a aprendizagem que ocorre baseia-se mais no relacionamento do que na cognição. Na TDTL, na medida em que padrões perturbadores se tornam ativados dentro do contexto da relação paciente-terapeuta, o paciente pode explorar e corrigir os pressupostos errôneos subjacentes a seu comportamento maladaptativo. (p. 149)

Contudo, seria mais correto dizer que a aprendizagem que ocorre baseia-se *tanto no relacionamento quanto na cognição*. Estes são simplesmente níveis diferentes de abstração. O termo “baseado no relacionamento” refere-se à pessoa do terapeuta juntamente com o paciente. O termo “baseado na cognição” refere-se à aprendizagem do paciente. Estes dois níveis são interativos; como pode haver aprendizagem que não seja cognitiva?

Provavelmente, as mudanças que ocorrem dentro da relação paciente-terapeuta se generalizarão para outros relacionamentos. Entretanto, pode ocorrer discriminação. Um paciente pode aprender ou exibir um conjunto de padrões de interação dentro da relação paciente-terapeuta que são específicos àquela relação em particular. Superficialmente, pareceria preferível utilizar estratégias terapêuticas que são designadas para produzir generalização para contextos fora da relação paciente-terapeuta. Conforme salientou Frank (1980, p. 336),

as regularidades entre intervenções do terapeuta e respostas do paciente dentro de uma entrevista podem ter pouca importância prática. A avaliação do resultado terapêutico, seja do ponto de vista do paciente, da unidade social do paciente, ou da sociedade, depende somente de mudanças no comportamento e no estado subjetivo do paciente fora da entrevista terapêutica.

Uma outra consideração sobre a relação paciente-terapeuta diz respeito à questão da postura cooperativa. Quando a relação terapêutica é vista como o veículo principal para mudança, o terapeuta assume um papel maior do que quando a relação paciente-terapeuta é vista como apenas um dos muitos relacionamentos importantes na vida do paciente. Colocado de outra forma, não há necessariamente razões para que os problemas na relação paciente-terapeuta sejam relevantes àqueles que podem surgir entre o paciente e outras pessoas significativas em sua vida. Naturalmente, esta é precisamente a pressuposição subjacente às abordagens psicodinâmicas: problemas nas relações com os outros serão manifestados na relação com o terapeuta e podem então ser corrigidos dentro da relação paciente-terapeuta.

Entretanto, problemas na relação paciente-terapeuta não são *necessariamente* relevantes àqueles surgindo em outros contextos. As características e as expectativas especiais dentro do contexto terapêutico são claramente diferentes daquelas dentro do ambiente natural de um paciente. Monica Harris (1994) forneceu uma revisão abrangente de muitos desses fatores em um importante artigo, que começa com a seguinte observação:

A relação terapêutica é diferente de qualquer outra. Na esperança de encontrar alívio dos problemas existenciais, uma pessoa revela paixões, dores, e memórias amargas a um quase estranho total.

*O relacionamento não é recíproco e é temporário e não segue os padrões tradicionais que governam nossas outras interações com as pessoas.* (p. 145; ênfase acrescentada)

Poderia ser mais útil ver a relação paciente-terapeuta da mesma forma como se vê uma relação aluno-professor em, digamos, uma aula de piano. Poder-se-ia dizer que a relação aluno-professor é o veículo principal para o aperfeiçoamento, e (com um aluno talentoso) até para tornar-se um grande pianista. As reações do professor capaz aos vários desempenhos do aluno pianista poderiam ser vistas como análogas às reações de um terapeuta ao desempenho interpessoal de um paciente. Contudo, em ambos os casos, pareceria incorreto e talvez até engrandecedor para o terapeuta/professor atribuir a melhora somente à relação entre terapeuta/professor e paciente/aluno. Fazê-lo seria negar as influências de outros contextos, tais como aqueles encontrados durante os exercícios para casa, bem como as características do paciente/aluno. De acordo

com a tradição humanista, a teoria cognitiva coloca grande parte da responsabilidade pela mudança sobre o indivíduo que busca tratamento com o terapeuta cognitivo.

A despeito destas considerações, o terapeuta cognitivo não minimiza a importância dos fatores de relacionamento interpessoal entre terapeuta e paciente. Na verdade, estes fatores recebem considerável atenção na terapia cognitiva, e já foram revisados (como necessários, mas não suficientes). Por exemplo, Beck e colaboradores (1979) fornecem uma revisão detalhada da relação terapêutica, incluindo os seguintes componentes: (1) características do terapeuta (cordialidade, empatia, autenticidade); (2) a interação terapêutica (confiança básica, importância do *rapport*); (3) a colaboração terapêutica (evocar "dados de base", autenticar dados introspectivos, investigar pressuposições subjacentes, etc.); e (4) reações de "transferência" e "contratransferência" (Beck et al., 1979, Cap. 3, p. 45-60). Leitores interessados também podem querer consultar Wright e Davis (1994) para uma revisão de fatores de relacionamento na terapia cognitiva.

## **Conclusões**

As posições metateóricas da terapia cognitiva não são nem simplistas nem reducionistas. A metateoria cognitiva (1) resolve inúmeras dicotomias falsas com relação à natureza da teoria; (2) fornece uma visão complexa e multifacetada do significado de "causas" na psicopatologia; e (3) reconhece a importância de múltiplas categorias de variáveis causais (p.ex., sociais, ambientais, cognitivas) que estão envolvidas na psicopatologia e são necessárias para a implementação da psicoterapia efetiva. A cognição fornece uma ponte teórica para ligar as perspectivas comportamentais, psicodinâmicas, humanísticas e biopsicossociais contemporâneas de psicopatologia e de psicoterapia efetiva. Finalmente, foi apresentada uma visão teórica cognitiva da relação terapêutica – um "fator comum" na psicoterapia efetiva.





# 3

## Mediação cognitiva das conseqüências

Existe uma superposição entre elementos da teoria cognitiva e da terapia do comportamento (Beck, 1970a). Por exemplo, em relação à importância das conseqüências de um dado comportamento, a teoria cognitiva não é inconsistente com a teoria comportamental radical. Na verdade, Skinner (1981) apresentou argumentos e evidências irrefutáveis de que o comportamento é freqüentemente selecionado por suas conseqüências. Conforme será elaborado mais completamente no Capítulo 6, a teoria cognitiva detém o potencial de integrar princípios de condicionamento operante e condicionamento clássico em uma teoria de mudança comportamental mais unificada (ver também Bouton, 1994).

Este capítulo enfoca um aspecto da aprendizagem que se refere à conceitualização cognitiva – ou seja, conflitos entre conseqüências de curto e longo prazos na psicopatologia. (Freqüentemente nos referimos ao item que segue como “conflitos temporais das conseqüências temporais”, a bem da brevidade.) O capítulo trata da importante questão teórica que busca resolver o “paradoxo neurótico,” descrito adiante. Nossa análise integra conceitualizações comportamentais básicas (e dados de estudos com aprendizagem) à teoria cognitiva, e pode revelar-se valiosa para ampliar ainda mais o alcance da teoria e da prática cognitiva clínica. Postulamos que o nível metacognitivo – um estado de consciência intrinsecamente subjetivo – media potencialmente conflitos entre conseqüências de curto prazo (imediatas) e de longo prazo (retardadas).

## **Conflitos das Conseqüências Temporais**

Um interessante enigma que existe dentro da teoria da aprendizagem pode ser explicado pela teoria cognitiva. O enigma foi sugerido pela primeira vez em um artigo de Mowrer e Ullman (1945), revisado em detalhes a seguir. A questão evoluiu e foi aperfeiçoada em artigos de Renner (1964) e Ainslie (1975), e implicações clínicas foram sugeridas por Shybut (1968). Estes artigos abordavam a questão de como os organismos lidam com as complexidades ambientais que resultam de mudanças temporais ou irregularidades na relação entre o comportamento e suas conseqüências.

A capacidade de explicar o fenômeno aumentou gradativamente de 1945 a 1975 (nos artigos acima citados). Por exemplo, Shybut (1968) sugeriu implicações clínicas relacionando conflitos das conseqüências temporais e impulsividade, e Ainslie (1975) forneceu uma primeira formulação cognitiva para a resolução desses conflitos que incluía a atenção e a conceitualização como meios para alcançar o controle pessoal (p. 479-480). Entretanto, desde então pouco foi escrito por teóricos cognitivos clínicos sobre a questão de como ocorre esta aprendizagem.

Ao discutir a falta de atenção às primeiras formulações comportamentais, Eifert, Forsyth, e Schauss (1993, p. 109) observaram que nas mudanças de paradigma (semelhantes à mudança de teoria comportamental para cognitiva) em outras ciências, "a exatidão e as conclusões de teorias anteriores são mantidas e desenvolvidas ainda mais na nova teoria". Sendo assim, a conseqüente integração de conceitos comportamentais básicos (como também dados de estudos experimentais) à teoria cognitiva pode ser de grande validade para ampliar ainda mais o alcance da teoria e da prática cognitiva clínica. Esta é a intenção da análise que se segue.

## ***Relações entre Comportamento e Resultado***

O behaviorista Donald Whaley (1978) identificou quatro relações óbvias entre comportamento e seus resultados de longo alcance: (1) persistir quando se deveria, (2) persistir quando não se deveria, (3) desistir quando se deveria, e (4) desistir quando não se deveria. Whaley acrescentou que embora os resultados de longo prazo não sejam sempre prontamente aparentes, eles não obstante existem, e, desse modo, pode haver ações "certas" e "erradas" em termos de conseqüências positivas ou negativas (ver axiomas 5 e 10 da teoria cognitiva, Capítulo 1). Portanto, Whaley era pragmático nesse sentido. Visto que condições ambientais adequadas nem sempre

estão presentes para orientar o comportamento, nem sempre é evidente se seria melhor persistir em atividades específicas que podem não ser imediatamente compensadoras. Pode-se desistir quando a persistência seria recompensada. Inversamente, Whaley postulou que freqüentemente persistimos quando não deveríamos, desse modo desperdiçando recursos valiosos, não obtendo resultados positivos, e talvez até sendo punidos pelo esforço. Em termos de teoria cognitiva, freqüentemente se atribui significado ao contexto de uma maneira que não controla adequadamente o sistema comportamental (ver axiomas 1 e 2, Capítulo 1). Esta disfunção ocorre tipicamente ao nível automático, com pouca participação consciente (ver axioma 9).

A natureza e a função da consciência humana parecem ser largamente ignoradas dentro das teorias contemporâneas de terapia do comportamento. Por exemplo, o termo "consciência" não aparece no índice de assuntos do livro de 753 páginas *Theories of Behavior Therapy*, publicado pela American Psychological Association (O'Donohue & Krasner, 1995). (O verbete mais próximo é "despertar da consciência," um tópico encontrado em um capítulo sobre teoria feminista.) Os modelos de condicionamento geralmente se resumem a observar os relacionamentos entre eventos; nem a percepção do indivíduo sobre as relações entre comportamento e reforço, seu conteúdo qualitativo ou significado, são abordados pela teoria comportamental não-cognitiva (p.ex., Brewer, 1974; S. C. Hayes & Wilson, 1993; Moore, 1984; Skinner, 1969, 1981).

Para os behavioristas radicais ou para os teóricos do condicionamento não-cognitivos, o comportamento é inteiramente uma consequência de associações passadas. Isto explica de maneira relativamente pobre a resolução de conflitos das consequências temporais. Ao contrário, a teoria cognitiva propõe princípios resultantes de experiência com a consciência humana como constructos explanatórios (p.ex., Beck 1976). Ao delinear alguns aspectos da consciência humana, Searle (1993) observa que um aspecto importante é a "unidade": a consciência aparece como uma experiência unificada. Ele sugere que este aspecto da consciência é idêntico àquele descrito por Kant como "a unidade transcendental de apercepção," e ao que a neurobiologia contemporânea chama de "o problema da ligação" (Searle, 1993). Importante no atual contexto é que a unidade de consciência sugere um elemento temporal intrínseco. Ou seja, "a organização de nossa consciência *se prolonga para mais do que simples instantes*. Assim, por exemplo, se eu começo a dizer uma frase, tenho que manter de alguma maneira pelo menos uma memória icônica do início da frase de modo que eu saiba o que estava dizendo no momento em que chegar ao final da frase" (Searle, 1993, p. 314; ênfase acrescentada). Voltamos a considerar esta ques-

tão na subseção “Três Sistemas Cognitivos,” após uma revisão do papel de conflitos das conseqüências temporais na psicopatologia.

### ***Estudos Empíricos de Conflitos das Conseqüências Temporais***

A observação de que as conseqüências imediatas do comportamento, em comparação com as conseqüências *retardadas*, exercem relativamente mais influência sobre a probabilidade da ocorrência de futuras respostas semelhantes foi feita tanto no laboratório de aprendizagem experimental quanto em situações clínicas.<sup>1</sup> Na verdade, Kimble (1961) citou inúmeros estudos animais e cinco linhas de evidência independentes demonstrando que “respostas espaciais ou temporalmente próximas do reforço são aprendidas mais rapidamente do que respostas distantes do reforço” (p. 140). Da mesma forma, estudos laboratoriais de comportamento humano demonstraram que quando a recompensa é efetivamente adiada, a aprendizagem é mais lenta do que quando a recompensa não é adiada (Salzman, 1951).

Conclusões semelhantes podem ser encontradas em formulações cognitivas. Por exemplo, Bolles (1972) descreveu a “lei da expectativa prévia,” e sugeriu que os organismos prevêm relações entre o comportamento e suas conseqüências. Ele propôs que estas expectativas prévias restringem a aprendizagem adaptativa, particularmente quando situações de reforço (resultados ou conseqüências positivas) são adiadas na presença de respostas ou indícios que sinalizam tais conseqüências (Bolles, 1972, p. 405). Da mesma forma, estudos confirmam que outras dimensões do comportamento além do grau de aprendizagem estão sujeitas a este efeito temporal, incluindo o exemplo de ratos que aumentam a velocidade da marcha após experimentos nos quais receberam reforço imediato (*vs.* retardado) (p.ex., Calef, Haupt, & Choban, 1994).

Ao discutir o papel da regulação das conseqüências em problemas de comportamento clínico, Goldfried e Davison (1976, p. 26) mencionam “o chamado paradoxo neurótico”; isto refere-se aos comportamentos que têm conseqüências imediatas positivas, mas conseqüências negativas de longo prazo, como no caso de alcoolismo ou adição a drogas. A pessoa que recebe recompensa imediata por comportamento que tem conseqüências de longo prazo negativas, pode desenvolver um “problema de comportamento,” porque as conseqüências imediatas são freqüentemente mais poderosas na modelagem do comportamento. Da mesma forma, se uma pessoa não consegue obter uma recompensa imediata por envolver-se em

uma atividade que tem significativas conseqüências de longo prazo positivas, então aquele comportamento talvez deixe de persistir no repertório comportamental da pessoa (Malott, 1980). Este conflito entre conseqüências de curto prazo e de longo prazo está teoricamente envolvido não apenas no alcoolismo e na adição a drogas, mas na obesidade, nos distúrbios do controle de impulso, e em inúmeras outras condições psicopatológicas.

Conforme salientou Renner (1964), Mowrer e Ullman (1945, p. 87) foram os primeiros a demonstrar experimentalmente que a regulação das conseqüências está relacionada a "comportamento não-integrativo," ou "comportamento que tem conseqüências (de longo prazo) que são geralmente mais punitivas do que compensadoras". Os indivíduos na experiência de Mowrer e Ullman foram 21 ratos pretos de laboratório, colocados em uma dieta restrita para reduzir seu peso corporal em 15%. Eles foram primeiro treinados para correr para a comida ao som de uma campainha. Em seguida, foi imposta uma "regra" de que os indivíduos não poderiam tocar na comida por um período de 3 segundos após seu aparecimento na gamela. Tocar no alimento dentro deste período de 3 segundos resultava em um choque de 2 segundos vindo do chão da aparelhagem de treinamento. Os 21 ratos foram então divididos aleatoriamente em três grupos iguais como segue: um grupo de 3 segundos, um grupo de 6 segundos, e um grupo de 12 segundos. Estes três grupos foram treinados exatamente da mesma maneira, exceto pela variação no intervalo após o qual o choque era administrado, depois da violação da regra dos três segundos. Um grupo era punido (com choque) imediatamente após tocar no alimento dentro do período de tempo de 3 segundos; um segundo grupo era punido 3 segundos após tocar no alimento durante o período proibido; e um terceiro grupo era punido 9 segundos após a transgressão. As possíveis respostas foram rotuladas de "normal," esperando 3 segundos antes de comer; "neurótica," não comendo para evitar o choque; e "delinqüente," comendo dentro do período de 3 segundos e levando choques.

Os resultados mostraram que à medida que a latência a conseqüências negativas aumentava, as respostas normais diminuía. Em outras palavras, "a capacidade do rato de comparar e equilibrar as boas e más conseqüências de um ato depende muito da ordem e da regulação temporais destas conseqüências" (Mowrer & Ullman, 1945, p. 76). Estes autores concluíram que "se uma conseqüência imediata é ligeiramente compensadora, ela pode sobrepujar uma conseqüência punitiva maior mas mais remota. E igualmente, se uma conseqüência imediata é ligeiramente punitiva, ela

pode sobrepujar uma consequência compensadora mas mais remota” (p. 87).

Ainslie (1975), ao observar a importância conceitual desse primeiro estudo no entendimento dos transtornos de comportamento, afirmou que “o número cada vez maior de terapeutas do comportamento que lidam com impulsividade raramente mencionam este modelo ou especificamente atribuem impulsividade à diminuição de recompensa adiada” (p. 469). Os estudos realizados por Mischel (1961, 1974) e Shybut (1968) estavam entre os poucos a testar a teoria de que os transtornos psicológicos estão associados com conflito entre consequências de curto e de longo prazos. Estes estudos demonstraram claramente maior ajustamento psicológico em pessoas que resolveram favoravelmente esse conflito, na medida em que seus comportamentos são dirigidos antes a consequências de longo prazo mais desejáveis do que a consequências de curto prazo menos desejáveis (menores); aqueles que aumentaram o reforço com o tempo demonstraram maior ajustamento. Foi solicitado aos indivíduos que escolhessem entre alternativas reais em situações realísticas. Aqueles que preferiram recompensas maiores adiadas apresentaram escores mais elevados em medidas de responsabilidade social, resistência a tentações, ajustamento pessoal, inteligência e orientação à realização (Mischel, 1961, 1974).

Em um estudo usando pacientes cujos diagnósticos incluíam uma ampla gama de problemas psicológicos e psiquiátricos, Shybut (1968) comparou 30 indivíduos normais com 45 pacientes internos gravemente perturbados em um hospital de Veteranos de Guerra. A tendência a adiar gratificação foi medida permitindo-se que os indivíduos escolhessem entre reforço menor imediato e reforço maior oferecido após um período de tempo. Os resultados demonstraram que os três grupos diferiam significativamente em termos de escolher as consequências de longo prazo, mas maiores. Os indivíduos mais gravemente perturbados eram mais prontamente atraídos ao reforço imediato, mas menos desejável (Shybut, 1968).

Estes estudos apóiam a visão de que o conflito entre consequências de comportamento de curto prazo e longo prazo podem levar a transtornos clínicos. Mischel (1974, p. 288) sugere que na realização de objetivos de longo alcance e ajustamento psicológico, o comportamento e o resultado devem ser mediados de alguma maneira, uma vez que reforço imediato para comportamento dirigido ao objetivo podem nem sempre estar presente.

### ***Estudos Empíricos da Mediação***

Um estudo realizado por Ayllon e Azrin (1964) tratou diretamente desta questão dos papéis complementares de instruções (regras) e reforço.

Neste estudo, o “mediador” – instrução verbal – era externo aos pacientes, que estavam tentando desenvolver comportamento adaptativo. Duas experiências foram realizadas. Na primeira, os participantes eram 18 pacientes psiquiátricos internados que falharam consistentemente em apanhar seus talheres nas horas de refeições. Após um período básico de 10 refeições, o reforço na forma de doces, cigarros, e café ou leite extra foi dado aos pacientes que apanharam todos os talheres. Após 20 refeições consecutivas, foram acrescentadas instruções nas quais os atendentes diziam aos pacientes para apanharem os talheres a fim de obterem o reforço. Os resultados mostraram que pouca melhora foi conseguida apenas com as conseqüências operantes, mas que quando as instruções foram acrescentadas juntamente com o reforço, uma melhora significativa foi observada. Vinte pacientes semelhantes àqueles na primeira experiência participaram da segunda experiência. Nenhuma instrução e nenhuma conseqüência foram preparadas durante as primeiras 10 refeições. Durante as 10 refeições seguintes, foram dadas instruções, mas nenhuma conseqüência. Durante as 110 refeições seguintes, conseqüências operantes foram acrescentadas juntamente com as instruções. Os resultados mostraram que os pacientes recebendo apenas instruções também aumentaram a resposta por um curto período, mas depois diminuíram. Esta melhora de curto prazo foi atribuída a suas histórias de aprendizagem anteriores de reforço por seguir instruções. Quando conseqüências operantes foram acrescentadas juntamente com instruções, entre 90 e 100% dos pacientes deram a resposta apropriada, e esta porcentagem persistiu durante todo o restante do tempo que este procedimento foi mantido.

O estudo descrito acima foi conduzido por pesquisadores dentro de um paradigma comportamental (e não cognitivo) radical, e visava verbalizações abertas. Naturalmente, os *processos* de mudança não foram medidos diretamente, e estudos semelhantes foram subsequenteemente conduzidos de acordo com uma conceitualização cognitiva. Por exemplo, efeitos clínicos positivos foram obtidos quando procedimentos de treinamento auto-instrutivo foram usados com uma ampla gama de problemas clínicos, particularmente em crianças (Kendall, 1977, 1993; Kendall & Braswell, 1985; Kendall & Finch, 1976).

O treinamento auto-instrutivo geralmente visa a modificar verbalizações veladas ou “conversa consigo mesmo.” Um exemplo típico deste procedimento é encontrado em um estudo de um menino impulsivo de nove anos (Kendall & Finch, 1976). No primeiro passo do tratamento, o terapeuta modelava o desempenho de tarefas e falava em voz alta consigo mesmo, com o paciente observando. As auto-instruções envolviam verbalizações passo-a-passo sobre a definição do problema, abordagem do problema, focalização da atenção e afirmações de manejo. Então o paciente executava a tarefa, falando alto consigo mesmo da maneira como ele tinha observado o terapeuta falar. Por exemplo, na tarefa de manter-se fiel aos temas de conversação, o paciente disse:

“O que eu devo lembrar? Tenho que acabar de falar sobre o que eu comecei a falar. Certo. Devo pensar antes de falar e lembrar de não me desviar do tema. Se eu completar o que estou falando antes de iniciar um outro assunto posso ficar com minhas moedas. Eu posso olhar para este cartão (deixa) para me lembrar.” (Kendall & Finch, 1976, p. 854)

Em seguida, o terapeuta realizava uma tarefa adicional enquanto murmurava para si mesmo. Finalmente, o paciente realizava a tarefa com instruções de falar consigo mesmo. Os comportamentos visados eram desvios, ou mudanças, prematuros de um comportamento para outro antes que o primeiro comportamento fosse completado. Foi observada melhora em todos os comportamentos visados após o tratamento e no acompanhamento de seis meses.

Similarmente, Meichenbaum e Cameron (1973) verificaram que quando esquizofrênicos eram treinados em respostas auto-instrutivas gradualmente mais complexas, uma melhora era obtida em uma variedade de índices, incluindo “conversa sem sentido”, pensamento abstrato, capacidade de lembrar números e integração perceptiva. Mahoney e Mahoney (1976) descobriram que afirmações positivas veladas sobre controle de peso eram um componente fundamental de seu programa de tratamento para desenvolver auto-controle em pacientes obesos. E Novacc (1975) verificou que o uso de auto-afirmações aumentava significativamente a eficácia terapêutica de um programa de tratamento para controle de raiva e “hostilidade”.

Para dar outros exemplos de estudos testando os efeitos da mediação cognitiva (verbal), O’Leary (1968) verificou que as “trapaças” podiam ser reduzidas através do uso de auto-instruções. O experimentador neste estudo disse aos participantes que eles ganhariam uma bola de gude cada vez que uma figura (um círculo azul, um círculo amarelo, um triângulo azul, ou um triângulo ama-

relo) aparecesse em uma tela e eles pressionassem uma chave. Também lhes foi dito que eles ganhariam um de três prêmios, dependendo do número de bolas de gude que eles reunissem, com melhores prêmios sendo dados para o maior número de bolas de gude. Após serem informados disto, lhes foi dito que eles deveriam pressionar a chave apenas se figuras específicas aparecessem. Aqueles que foram ensinados a dizer em voz alta, "Sim, ela deve ser pressionada" (quando a figura específica aparecesse) ou "Não, ela não deve ser pressionada" (quando a figura específica não aparecesse) trapacearam significativamente menos do que as crianças na condição de controle.

Monahan e O'Leary (1971) observaram que as auto-instruções no estudo de O'Leary (1968) foram efetivas para controlar um comportamento que levava a conseqüências positivas imediatas, mas que também levaria, ou poderia levar, a futuras conseqüências aversivas. Em uma reprodução bem-sucedida do estudo de O'Leary, Monahan e O'Leary (1971) investigaram possíveis efeitos diferenciáveis de auto-instruções emitidas 1 segundo *versus* 9 segundos antes da oportunidade de trapacear. Não foram encontradas diferenças que pudessem ser atribuídas a atraso temporal, e os efeitos das auto-instruções generalizaram-se para outras formas de comportamento de rompimento de regras não especificamente visadas na experiência. Em um estudo relacionado, Mischel e Patterson (1976) designaram um distrator chamado "Caixa do Sr. Palhaço" para distrair as crianças das tarefas atribuídas. Eles verificaram que a resistência à tentação podia ser aumentada fazendo-se as crianças verbalizarem instruções como "Não, eu não vou olhar a Caixa do Sr. Palhaço" e "Eu quero brincar com os brinquedos e com a Caixa do Sr. Palhaço mais tarde."

Os tratamentos efetivos empregados em estudos como aqueles descritos acima baseavam-se na premissa de que a alteração do "comportamento verbal" pode resultar na alteração de transtornos comportamentais. Estes tratamentos podem resultar em mediação entre as conseqüências de longo e de curto prazos de padrões de comportamento maladaptativos. Meichenbaum (1976) usou o conceito neurológico "via final comum" em uma analogia para descrever o mecanismo geral de mudança de comportamento operando nestes estudos: ele afirmava que esse caminho comum é a "alteração nos diálogos internos nos quais nossos pacientes se envolvem" (p. 224). Ao fazer isto, ele sugeriu um desvio de relatos comportamentais prévios, na medida em que o diálogo interno é uma formulação cognitiva. Em seguida, consideramos um exemplo no qual esse desvio de padrão (de teoria comportamental para teoria cognitiva) é mais aparente.

### ***Mediação Verbal versus Cognitiva***

Existem diferenças bem como semelhanças entre terapia do comportamento e terapia cognitiva. Uma diferença fundamental é vista na maneira na qual as terapias cognitivas *versus* comportamentais lidam com fenômenos intrinsecamente privados, tais como as crenças delirantes (Alford & Beck, 1994). Colocado de maneira mais simples, os behavioristas limitam o tratamento à modificação de "comportamento verbal" (p.ex., Ayllon & Haughton, 1964; Liberman, Teigen, Patterson, & Baker, 1973; Wincze, Leitenberg, & Agras, 1972), enquanto que os cognitivistas focalizam-se no objetivo de modificação da crença (p.ex., Alford, 1986; Chadwick & Lowe, 1990; Hole, Rush, & Beck, 1979). Uma breve revisão dos achados nessa área servirão para esclarecer esta diferença.

Stahl e Leitenberg (1976) levantaram a seguinte questão, relevante a essas duas perspectivas: "Foi claramente demonstrado [por behavioristas] que a fala delirante pode ser controlada através de técnicas operantes. Uma questão não-resolvida é se o 'pensamento' delirante é modificado pelos mesmos métodos" (p. 234). Marzillier e Birchwood (1981) sugeriram que o pensamento e as crenças delirantes não são necessariamente modificados por terapias que se focalizam em comportamento verbal topográfico, e traçaram diferenças entre "comportamento verbal" delirante e crenças delirantes. Himadi, Osteen, Kaiser, e Daniel (1991) utilizaram um modelo de mudança de critério, e verificaram que mudanças cognitivas (crença) não ocorrem necessariamente durante a aplicação de abordagens comportamentais não-cognitivas para a modificação de verbalizações delirantes. Neste estudo, a convicção das crenças delirantes foi avaliada em um modelo de um único indivíduo. Dez perguntas que evocavam com segurança material delirante foram desenvolvidas; as afirmações usadas nas classificações de convicção correspondiam às perguntas da entrevista estruturada usadas para evocar verbalizações delirantes. Portanto, os delírios visados para modificação verbal eram os mesmos que aqueles para os quais a convicção de crença delirante foi avaliada. Embora tenha sido encontrado um declínio sutil na frequência de respostas (verbalizações) delirantes, nenhuma mudança foi obtida nas medidas das classificações de convicção do indivíduo das crenças delirantes.

Estes achados têm importantes implicações teóricas clínicas (Alford & Beck, 1994). O estudo de Himadi e colaboradores (1991) tratou experimentalmente da questão de se há mudanças concomitantes na convicção de crença delirante quando comportamento verbal delirante é visado e eliminado com sucesso. Estes estudos (Himadi, Osteen, & Crawford, 1993; Himadi et al., 1991) verifica-

ram que o tratamento comportamental de verbalizações não garante a redução nas crenças delirantes como tais. Portanto, a presença de ideação delirante não é sinônimo de verbalizações delirantes. Estudos de acompanhamento têm reproduzido os resultados iniciais (Himadi et al., 1993).

Diferenças no nível teórico de análise durante algum tempo diferenciaram as tradicionais abordagens comportamental e cognitiva à psicopatologia e psicoterapia. O comportamento verbal ainda é o único alvo de terapeutas do comportamento não-cognitivos (ver L. J. Hayes & Chase, 1991), mais do que um foco no conteúdo cognitivo (crenças específicas) e processos cognitivos (distorções cognitivas) que dão origem a tal comportamento. Nas palavras do behaviorista radical Jay Moore (1984, p. 3), "qualquer contribuição de um fenômeno privado está presumivelmente ligado em algum ponto a um evento público anterior que dotou o fenômeno privado de sua importância funcional." Como outro exemplo, os teóricos comportamentais clínicos S. C. Hayes e Wilson (1993, p. 287) escrevem: "Nem significado nem entendimento são um evento mental, e a base da comunicação verbal entre os dois não é uma idéia da mente."

Os behavioristas limitam seu foco à esfera "objetiva," enquanto dão relativamente pouca ou nenhuma atenção à perspectiva fenomenológica do paciente individual. Ao contrário, o teórico cognitivo clínico assume a posição de que o foco mais importante de análise é o nível de significado pessoal ou privado. Além disso, os dois níveis de significado postulados pela teoria cognitiva (ver axioma 8, Capítulo 1) são (1) o significado objetivo ou público de um evento, que pode ter poucas implicações significativas para um indivíduo; e (2) o significado pessoal ou privado. O significado pessoal, ao contrário do significado público, inclui a significação ou generalizações extraídas da ocorrência de eventos. A noção de "comportamento verbal" representa apenas o nível público, mas (de acordo com a teoria cognitiva) o nível de significado pessoal ou privado é necessário para um entendimento da psicopatologia e da psicoterapia efetiva. Esta abordagem coloca o cognitivista mais dentro da esfera de análise criteriosa compartilhada pelo paciente que busca psicoterapia (cf. Goldman, 1993).

A discussão acima demonstra que a teoria cognitiva é claramente distinguível das teorias comportamentais, que não tratam de consciência fenomenal ou significado pessoal. Com grande clareza, Brewer (1974) identificou o aspecto fundamental que diferencia teoria do condicionamento de teoria cognitiva. Teoria do condicionamento refere-se à idéia de que a aprendizagem ocorre de uma forma automática, inconsciente. Ao contrário, a teoria cognitiva explica o condicionamento em termos de percepção consciente da relação entre

o estímulo condicionado (EC) e o estímulo não-condicionado (ENC) (condicionamento clássico), ou o reforço da contingência (condicionamento operante) (ver Brewer, 1974, p. 2).

Voltando à questão de conseqüências temporais, dentro da teoria comportamental não-cognitiva não há meios (além da modificação ambiental) de explicar a resolução de conflitos entre conseqüências de curto prazo e de longo prazo. As perspectivas behavioristas não dão atenção teórica às percepções fenomenológicas (p.ex., atribuição de significado pessoal); nenhum constructo na teoria comportamental explica a função de tendências ou distorções cognitivas (p.ex., percepção incorreta de relacionamentos de reforço de resposta). No tratamento comportamental clínico de transtornos, os conflitos das conseqüências temporais podem apenas ser resolvidos pela modificação do ambiente, a fim de assegurar que respostas adaptativas sejam imediatamente reforçadas e respostas maladaptativas sejam punidas (ou extinguidas).

### **Como a Cognição Medeia as Conseqüências**

Tendo descrito estudos que ligam conflitos das conseqüências temporais a transtornos psicológicos, voltemos agora aos axiomas da teoria cognitiva. Estes princípios explicam inúmeras relações e fornecem explicações teóricas para a resolução desses conflitos. Em resumo, através dos esquemas cognitivos, o organismo humano confere significado a eventos e processa a informação que antecede as estratégias de adaptação. A função cognitiva de conferir significados é o principal caminho para a adaptação psicológica. É importante no atual contexto observar que "significado" supõe a construção da relação entre um comportamento (emitido dentro de um determinado contexto) e a utilidade deste comportamento no alcance dos objetivos de uma pessoa.

A cognição associa-se ao controle ou à orientação do comportamento, a fim de maximizar conseqüências positivas (tanto de curto prazo quanto de longo prazo), e fornece um aporte teórico para as relações entre reforço e comportamento, bem como para relações associativas que é consistente com a pesquisa contemporânea (ver Bouton, 1994; Powers, 1992). Os significados são constructos individuais, mais que dados de realidade e sua acurácia varia de acordo com o contexto e com os objetivos individuais. Isto corresponde a alguns aspectos de formulações comportamentais radicais, tais como as quatro possibilidades de Whaley (1978): persistir quando se deveria (correto), persistir quando não se deveria (incorreto), desistir quando se deveria (correto) e desistir quando não se deveria (incor-

reto). Quando os indivíduos engajam-se em construções cognitivas falhas (distorções cognitivas), os comportamentos resultantes podem levar a resultados negativos de longo prazo.

Conforme salientado acima, a história da teorização psicológica sugere uma evolução de (1) teorias de condicionamento para (2) teorias "verbais-mediacionais" para (3) teorias cognitivas para explicar a mediação de conflitos das conseqüências temporais. O papel ativo do organismo é uma parte intrínseca tanto da teoria cognitiva quanto da noção de operante de Skinner; entretanto, o nível de análise da teoria cognitiva inclui dimensões externas (contextuais) e fenomenológicas. Com relação ao "condicionamento clássico," Bouton (1994) revisou recentemente como o contexto fornece significado para indícios Pavlovianos através da redução da ambigüidade. Isto leva a respostas mais diferenciadas, adaptativas. Memórias de experiências anteriores com resposta sugerida em diferentes contextos orientam a resposta diferenciada. Os achados de Bouton apoiam a teoria cognitiva na medida em que, quando os comportamentos mudam, as respostas não são "desaprendidas"; antes, elas estão sob controle de processos corticais superiores (tais como memórias do contexto) e não de processos reflexivos, de estímulo-resposta (E-R) (ver Bouton, 1994). Portanto, o processamento de informação é anterior a estratégias para resposta adaptativa.

### ***Três Sistemas Cognitivos***

Conforme descrito acima, a teoria cognitiva é uma teoria sobre o papel da cognição no desenvolvimento, na manutenção, no tratamento e na prevenção de transtornos clínicos. Cognição inclui toda a gama de variáveis implicadas no processamento de informação e significado. No atual contexto, "significado" refere-se à consciência de relações entre comportamento e conseqüências.

No axioma 9 (Capítulo 1), a teoria cognitiva estipula três sistemas (ou níveis) cognitivos: (1) o nível pré-consciente, involuntário, *automático*; (2) o nível consciente; e (3) o nível metacognitivo. Embora a noção de "distanciamento" seja um conceito central dentro da teoria clínica cognitiva há algum tempo (p.ex., Beck, 1976, pp. 242-245), a relação entre este constructo clínico e a ciência cognitiva básica não havia sido explicada anteriormente. Distanciamento é um processo ativo e regulatório que envolve a ativação do nível de funcionamento metacognitivo. Flavell (1984) definiu o termo "metacognitivo" como aquilo que é pertinente a qualquer atividade cognitiva que regula ou tenha como objetivo qualquer aspecto de qualquer empreendimento cognitivo. Similarmente, Sternberg (1994)

identifica “metacomponentes” como um dos três tipos de componentes de processamento de informação das habilidades de memória-analítica. Ele os define como

processos de pensamento de ordem superior envolvidos em planejar o que se vai fazer, monitorar enquanto se está fazendo, e avaliar após ter sido feito... Exemplos de metacomponentes são em primeiro lugar reconhecer que se tem um problema, definir qual é o problema, estabelecer uma estratégia para resolver aquele problema, monitorar a estratégia enquanto se busca implementá-la, e avaliar o sucesso da estratégia após se ter completado sua implementação. (p. 221)

Curiosamente, cada um desses passos está explicitamente incluído na prática clínica da terapia cognitiva. Por exemplo, o protocolo-padrão para terapia cognitiva da depressão inclui identificar atitudes negativas, salientar o problema mais urgente e acessível, desenvolver estratégias de dever de casa, monitorar (registrar) as estratégias de dever de casa entre as sessões de terapia, e revisar problemas e realizações desde a sessão precedente (Beck et al., 1979, p. 409-411).

De acordo com a teoria cognitiva, o nível metacognitivo (1) seleciona, (2) avalia, e (3) monitora o desenvolvimento adicional de esquemas para situações, tarefas, ou problemas particulares. É o nível cognitivo que regula os níveis cognitivos inferiores. Assim, é nos níveis automático (pré-consciente) e consciente que a pessoa percebe o conteúdo cognitivo. Além disso, o nível metacognitivo permite que o paciente em terapia cognitiva perceba tanto operações e/ou erros de processamento (p. ex. inferências arbitrárias, personalizações) quanto conteúdo cognitivo.

Níveis múltiplos de funcionamento também têm sido sugeridos por teóricos da aprendizagem neo-comportamental (p.ex., Amsel, 1989). Ao discutir esta questão, Amsel (1989) sugere que parece haver pelo menos dois níveis, que receberam os seguintes nomes: “não-cognitivo *versus* cognitivo; E-R *versus* cognitivo; processual *versus* declarativo; processual *versus* proposicional (semântico e episódico); sistemas de hábitos *versus* sistemas de memória” (p. 84). Em uma crítica a estes modelos, ele argumenta que eles não consideram ou examinam as transições entre níveis, nem a possibilidade de operação simultânea de ambos os níveis.

Entretanto, a teoria cognitiva foi influenciada pelo conceito de Freud da estruturação hierárquica da cognição em termos de processos primários e secundários. Desta maneira, a teoria cognitiva preenche a lacuna entre os dois níveis de análise. Ou seja, a teoria cognitiva incorpora tanto o nível inconsciente de funcionamento, que tem sido o foco primário do condicionamento, como também os

níveis “mais elevados” (os níveis consciente e metacognitivo), que têm sido de particular interesse para a maioria dos cognitivistas.

Este foco concomitante em ambos os níveis de análise pode talvez ser atribuído à observação de que a teoria cognitiva originou-se em um contexto de exigências pragmáticas associadas com prática clínica. Neste contexto, níveis primários (pensamento automático) bem como secundários (resposta racional) se revelaram úteis no entendimento e no tratamento de transtornos clínicos. Portanto, tanto os níveis de E-R, inconscientes, ou de sistemas de hábito (processamento cognitivo automático) quanto os níveis conscientes (resposta racional) são incluídos na teoria cognitiva (Alford, 1993b; Alford & Carr, 1992; Moretti & Shaw, 1989).

### ***Teoria Cognitiva Clínica e Pesquisa de Base***

Os terapeutas cognitivos consideram relevantes à teoria clínica não apenas a observação clínica, mas a pesquisa cognitiva experimental básica (p.ex., Beck, 1991a; Segal, 1988; Stein & Young, 1992). Por exemplo, uma experiência de base recentemente realizada por Epstein (1994) esclarece a perspectiva clínica cognitiva sobre os sistemas cognitivos. Epstein faz as seguintes distinções entre o sistema experiencial (SE) e o sistema racional (SR): O SE baseia-se em ligações associacionistas e o SR em ligações de causa-e-efeito; o SE envolve-se em processamento mais rápido e é orientado para aquisição imediata (associada com conseqüências de curto prazo), e o SR é caracterizado por processamento mais lento e aquisição mais demorada (associada com conseqüências de longo prazo); o SE é experimentado passiva e pré-conscientemente, e o SR ativa e conscientemente. Em resumo, o SR é um modo consciente, mais discriminatório, e pode corrigir o modo mais primitivo (SE) (S. Epstein, comunicação pessoal, 12 de outubro de 1994). A resolução de conflitos entre conseqüências de curto prazo e de longo prazo pode ser explicada teoricamente pela coordenação destes sistemas cognitivos.

A formulação acima é consistente com a teoria cognitiva clínica e a ela fornece apoio empírico (Epstein, Lipson, Holstein, & Huh, 1992). Conforme apresentado anteriormente, há três níveis de processamento de informação dentro do sistema cognitivo: o nível automático, o consciente, e o metacognitivo. (Note que a diferença entre o nível consciente e o metacognitivo é feita em termos de monitoração ativa *vs.* passiva da experiência consciente. O termo “metacognitivo” é usado para transmitir a função de controle ativo, deliberativo da percepção consciente.) O nível automático corres-

ponde aproximadamente ao SE, e o nível metacognitivo ao SR. O nível metacognitivo envolve “pensamento sobre o pensamento” e é da maior importância no atual contexto, uma vez que ele é o nível responsável pela aprendizagem e pela atenção às conseqüências adiadas.

Na teoria cognitiva clínica, a metacognição resulta da operação do *sistema de controle consciente*, um sistema que evoluiu para suprimir pensamento primal, afeto e motivação. Este sistema é responsável pelo estabelecimento e pelo alcance de objetivos de longo prazo, bem como pela resolução de problemas. Além disso, o nível metacognitivo – ao contrário dos reflexos automáticos e dos impulsos associados com os sistemas emocional e comportamental – permite que o indivíduo forme intenções conscientes (Beck, 1996), incluindo, naturalmente, o alcance de objetivos de longo prazo. Na consecução do objetivo, os sistemas motivacional e comportamental são ativados e controlados através do sistema de controle consciente. No alcance de objetivos remotos (no tempo), este sistema resolve conflitos simplesmente suprimindo o controle de conseqüências de curto prazo. Isto é realizado através de estratégias como ignorar afeto desagradável associado com comportamento contínuo dirigido ao objetivo (p.ex., leve fadiga) e responder racionalmente a pensamentos automáticos negativos (p.ex., medo de fracasso). Esta supressão é logicamente necessária sempre que os sistemas automáticos são programados para responder a conseqüências de curto prazo aversivas (ou positivas) através da seleção de comportamento inconsistente com os objetivos de longo prazo pretendidos.

Um problema na continuidade da pesquisa experimental é como a correção da cognição (produto) através da reavaliação (metacognição) leva à melhora. Uma explicação aponta que o SE (o nível cognitivo automático; Epstein, 1994) opera mais reflexivamente e é projetado para lidar com certos aspectos gerais do ambiente (p.ex., perigo). A adaptação biológica humana depende largamente de processos automáticos (inconscientes). As pessoas geralmente não têm consciência de – e têm pouco controle sobre – a maioria das respostas fisiológicas a mudanças significativas, tais como temperatura e outros estressores. Entretanto, a adaptação psicológica e social é freqüentemente intensificada por operações cognitivas conscientes, especialmente por processos metacognitivos. Além disso, a noção de “distanciamento” é equivalente à ativação do nível metacognitivo.

O nível metacognitivo opera para fornecer “sintonia fina” (sintonia cognitiva) para o SE. Portanto, o SR é ativado naquelas situações onde o *feedback* indica que o SE é disfuncional. Quando por quaisquer razões o SR não é corretamente ativado ou funciona ina-

dequadamente, o terapeuta cognitivo, ao conduzir uma terapia cognitiva, fornece assistência em sua ativação.

Um outro mecanismo importante para correção de distorções na terapia cognitiva envolve acesso direto ao SE através do uso de imaginação ou fantasia. Estudos clínicos demonstraram que a incorporação de distorções da realidade às fantasias espontâneas resulta em transtorno psicológico (p.ex., ansiedade) (Beck, 1970b). Além disso, foi demonstrado que fantasias estruturadas ou "orientadas" podem modificar (corrigir) comportamento manifesto de pacientes e reduzir afeto maladaptativo (Beck, 1970b). A imaginação orientada teoricamente serve a duas funções: (1) ativa o processamento metacognitivo (racional), e (2) é empregada clinicamente para comunicar-se diretamente com o sistema experiencial (automático) "em seu próprio meio, ou seja a fantasia" (Epstein, 1994, p. 721). Portanto, os sistemas cognitivos interagem adaptativamente na terapia cognitiva de transtornos psicológicos.

## **Conclusões**

Análises experimentais, clínicas e de situações de consenso apóiam a idéia de que conflitos entre conseqüências comportamentais de curto e de longo prazos são psicopatogênicas para uma ampla gama de condições encontradas na prática da psicologia clínica. Estudos experimentais e clínicos apoiando esta tese foram revisados neste capítulo. Com relação aos exemplos consensuais, a maioria de nós já experimentou diretamente pelo menos um conflito mínimo quando confrontado com uma escolha entre envolver-se em alguma situação que tem conseqüências positivas imediatas, mas prováveis resultados negativos posteriores. O comportamento e a adaptação humanos são claramente influenciados pelo reconhecimento da relação temporal entre comportamento e resultado.

Para encontrar exemplos pessoais deste fenômeno, poderíamos simplesmente perguntar aos nossos leitores de que forma seus comportamentos mudariam se eles viessem a saber que sua vida iria acabar, digamos, dentro dos próximos três meses. Muitos leitores alterariam seu comportamento dentro deste período de tempo a fim de maximizar as (agora redefinidas) conseqüências positivas "de longo prazo". Dependendo de seus valores, alguns leitores poderiam passar mais tempo com suas famílias; outros poderiam renovar esforços profissionais ou científicos; e aqueles que apreciam (mas exercem um controle adequado em relação a) certos itens culinários poderiam modificar suas dietas de acordo com um enquadre de tempo de três meses.

Em um nível de análise mais amplo, processos orçamentários nacionais frequentemente envolvem conflitos de conseqüências temporais. Por exemplo, quando soluções imediatamente eficazes são escolhidas, conseqüências negativas podem ser adiadas, mas poderão se acumular a ponto de os recursos de manejo (psicológicos e materiais) não corresponderem às exigências de longo prazo. Portanto, as sociedades devem resolver este conflito equilibrando os resultados a fim de maximizar as conseqüências positivas no longo prazo, levando em consideração recursos disponíveis não apenas no presente mas também no futuro.

Foram descritos vários aspectos da teoria e da metateoria cognitiva que fornecem um relato teórico da resolução de conflitos entre conseqüências temporais. Entre estas características, a teoria cognitiva não apenas atenta para o papel das conseqüências ambientais na adaptação; ela também explica a mediação cognitiva e a operação de sistemas cognitivos distintos. O cérebro do *Homo sapiens* aparentemente desenvolveu adaptabilidade suficiente não apenas para planejar, selecionar memórias apropriadas, e assim por diante, mas também para superar os padrões cognitivos-afetivos-comportamentais mais primitivos quando estes são percebidos como maladaptativos. Portanto, embora possa ocorrer aprendizagem nos substratos de padrões primitivos (conforme demonstrado nas manipulações experimentais de teóricos da aprendizagem e comportamentais), os seres humanos também podem aprender em um "nível superior" – um nível que é muito mais refinado e, em muitos casos, mais funcional do que as operações primitivas designadas para atender situações de emergência. Isto fornece uma explicação teórica para a resolução de conflitos de reforço (o de tempo-conseqüências). Ao mediar conflitos entre conseqüências de curto e de longo prazos, e especialmente ao selecionar comportamentos que são adaptativos a longo prazo, o sistema de controle consciente regula o comportamento (ver Beck, 1996).

## Nota

- 1 Partes desta revisão histórica são adaptadas de Alford (1984).



Parte II

Terapia cognitiva  
e integração da  
psicoterapia





# 4

## Uma análise da ideologia integrativa

Arkowitz e Messer (1984) reuniram em um livro inúmeros especialistas com o objetivo de explorar questões relativas à integração da terapia psicanalítica e da terapia do comportamento. Os editores esperavam que este livro “levasse ou a um progresso conceitual e clínico em direção a uma abordagem integrada ou a um *sentido mais claro dos obstáculos envolvidos*” (p. ex.; ênfase acrescentada). Em retrospecto, ele contribuiu mais para o último do que para o primeiro. Passada uma década, não existe abordagem integrada além dos sistemas científicos (empiricamente validados) de psicoterapia. Este estado de coisas levou a uma consideração de novas abordagens à integração, incluindo a integração de princípios psicológicos cognitivos básicos na prática clínica (Wolfe, 1994) – uma abordagem endossada por terapeutas cognitivos (Beck, 1991a).

Neste capítulo, apresentamos uma análise crítica da ideologia contemporânea da integração da psicoterapia como um movimento dentro do campo da psicoterapia. Vários problemas básicos, inter-relacionados no objetivo de desenvolver novas terapias integrativas pela combinação de elementos de terapias de “forma pura” são descritos: (1) a falta de critérios científicos (teoria testável, validade empírica) para integração da psicoterapia; (2) problemas na definição e na especificidade; (3) o apoio em levantamentos para entender práticas integrativas; (4) confusão entre significados formal e pessoal (idiográfico) de “integração da psicoterapia”; (5) a natureza inerentemente política da integração da psicoterapia; (6) falha em apreciar as virtudes de debates eruditos; (7) falha em investir em teorias científicas; e (8) ambigüidades teóricas com relação à abordagem de fatores comuns à integração. Finalmente, demonstramos como a terapia cognitiva oferece algumas soluções para estes problemas,

tais como uma linguagem comum para prática clínica e uma abordagem tecnicamente eclética tornada coerente pela teoria cognitiva

## **Problemas na Ideologia Integrativa**

### ***A Ausência de Critérios Científicos***

Há três abordagens contemporâneas formais à integração da psicoterapia: (1) ecletismo técnico, (2) integração teórica, e (3) a abordagem de fatores comuns (Arkowitz, 1991, 1992). "Ecletismo técnico" na psicoterapia refere-se à combinação de métodos clínicos. Conforme exemplificado pelo trabalho de A. A. Lazarus (1967, 1989) e Beutler (1983, 1986), ecletismo é a seleção de procedimentos dos vários sistemas de psicoterapia com base na eficácia demonstrada por cada procedimento. Ao contrário, "integração teórica" refere-se à tentativa de fornecer uma síntese de diferentes sistemas teóricos. Em outras palavras, este tipo de integração – especialmente conforme manifestada na obra de Wachtel (1977, 1987) e Prochaska e DiClemente (1982, 1984) – tenta desenvolver abordagens metateóricas à psicoterapia. Finalmente, a abordagem de "fatores comuns" busca identificar os ingredientes centrais que as terapias poderiam ter em comum, com o objetivo de desenvolver novas terapias baseadas nestes componentes (p.ex., Goldfried, 1980). S. L. Garfield (1980, 1986), Frank (1973, 1982), e outros identificam fatores "não-específicos" na pesquisa de psicoterapia como elementos principais de tratamento (Omer & London, 1988).

A despeito dessas abordagens ideológicas formais, houve poucas proposições de critérios para a integração das psicoterapias. Contudo, tais critérios seriam essenciais para explicar o significado de "integração da psicoterapia". Alford (1991) propôs dois critérios (entre outros) pelos quais julgar ou definir um sistema de psicoterapia como integrativo. O primeiro critério propunha que a terapia integrativa deveria incorporar todas as técnicas e os procedimentos clínicos que, por meio de pesquisa de resultados, se tenham revelado efetivos para satisfazer os objetivos estabelecidos na psicoterapia. Estes incluíam atenção às qualidades do terapeuta e características da relação terapêutica consideradas importantes na condução de uma terapia bem-sucedida (ver Beck et al, 1979, Cap. 3). O segundo critério era que a terapia integrativa deveria rejeitar o uso de terapias não-comprovadas em casos onde terapias validadas estivessem disponíveis para satisfazer os objetivos selecionados pelo paciente e pelo terapeuta. Naturalmente, se a terapia não-compro-

vada fosse aplicada como parte de uma experiência, seria necessária a descrição da natureza do estudo.

Acrescentaríamos aos dois critérios acima a estipulação de que as técnicas incorporadas devem ser teoricamente consistentes com o sistema terapêutico. Visto que a psicoterapia abrange muitos objetivos, estes incluiriam os resultados cooperativamente selecionados pelo terapeuta e o paciente. Naturalmente seria necessário testar a eficácia da intervenção no novo contexto de terapia.

Como na prática clínica da medicina, pacientes em tratamento psicológico freqüentemente apresentam respostas idiossincrásicas a abordagens-padrão. Uma estratégia considerada útil para aliviar sintomas de um determinado transtorno pode ser ineficaz para um paciente especial (ver Beutler, 1983). Além disso, combinar tratamentos visando características de um paciente específico pode provar-se impossível, devido à complexidade das variáveis inerentes à prática clínica. A observação empírica dos resultados advindos de tarefas de casa (em vez de um conjunto de regras rigidamente estabelecidas) pode ser um método mais confiável para determinar estratégias de tratamento. Portanto, uma abordagem tecnicamente eclética pareceria desejável, à medida que torna acessíveis uma variedade de intervenções técnicas.

Um problema central no esboço de critérios para integração da psicoterapia diz respeito à ausência de integridade ou à coerência teórica, muito embora a ausência de teoria se faça necessária a fim de promover o tipo de abertura valorizada pelos integracionistas. Mas é possível, sem teoria, manter-se o critério de validade empírica, uma vez que este critério é considerado (entre as disciplinas científicas) mais uma característica das formulações teóricas do que técnicas? Certamente, uma possibilidade é simplesmente aceitar que certas técnicas demonstraram funcionar, e desconsiderar as questões de processo teórico subjacente. As desvantagens de tal abordagem são elaboradas a seguir.

### ***A Ausência de Definição e Especificidade***

Um outro problema diz respeito às questões inter-relacionadas de definição, especificidade e integridade conceitual. Este problema específico enfrentado pela integração da psicoterapia parece especialmente difícil dentro da abordagem de fatores de consenso. Por exemplo, a noção de "relação terapêutica" ou "aliança" é o primeiro fator de consenso identificado por aqueles que acreditam nesta abordagem (Grencavage & Norcross, 1990). Contudo, a noção de relação terapêutica como o veículo para mudança (p.ex., Arkowitz

& Hannah, 1989) é tipicamente apresentado de uma forma não-específica. Na verdade, na ausência de um contexto teórico, a relação terapêutica como um fator de consenso se torna mal-definida, inespecífica e ininteligível. Resumindo, ela se torna (bastante literalmente) um conceito sem sentido.

Isto não é verdadeiro dentro dos principais sistemas bem-definidos de psicoterapia. Nos sistemas teóricos, o significado de "relação terapêutica" é consistente com a teoria global de processo terapêutico. Por exemplo, na psicanálise acredita-se que o terapeuta deve manter uma postura impessoal (opaca ou ambígua), de modo que reações interpessoais do paciente sejam determinadas por (ou sejam reflexo de) transferência. Os terapeutas do comportamento geralmente consideram o relacionamento importante na medida em que reações interpessoais negativas impedem a implementação de estratégias comportamentais para mudança. A teoria cognitiva considera a "relação cooperativa de trabalho" importante para permitir que terapeuta e paciente trabalhem juntos para examinar pensamento e crenças disfuncionais. Além disso, os pacientes frequentemente expressam concepções disfuncionais (distorcidas) sobre o comportamento do terapeuta, de modo que distorções cognitivas de natureza (ou conteúdo) interpessoal podem tornar-se o foco do tratamento. Portanto, uma formulação cognitiva da "relação terapêutica" definiria este conceito bastante especificamente para incluir o seguinte: (1) uma visão compartilhada sobre as expectativas de terapia; (2) acordo sobre a agenda sessão-por-sessão; (3) concordância sobre a conceitualização de problemas e dos objetivos da terapia; e (4) o desenvolvimento de uma visão comum entre terapeuta e paciente sobre a natureza do transtorno ou problema que levou à necessidade de tratamento.

### ***Pesquisas e Ciência***

Em um artigo de 1991, Alford & Norcross citaram pesquisas que apontavam a terapia cognitiva como o sistema de psicoterapia mais popular entre os autodenominados "ecleticos" para o uso em combinação com outras abordagens (ver também Arnkoff & Glass, 1992, p. 679-681). Embora tal dado pudesse ser usado como evidência para acentuar a tese do presente livro, é bom lembrar que pesquisas são meramente a tabulação das opiniões daqueles que são entrevistados. Elas são úteis basicamente para determinar o que pessoas podem *pensar* sobre a prática de psicoterapia. Assim, a credibilidade de utilizar a teoria cognitiva como um paradigma para a prática integrativa não pode depender somente dos resultados de pesquisas.

As pesquisas não substituem o processo científico de testar as teorias, ou paradigmas integrativos, que podem ser mais populares em um determinado período da história. Conseqüentemente, o fato de a maioria dos profissionais (se comparado com pesquisadores de psicoterapia) manter uma perspectiva “integrativa” é irrelevante à questão da validade empírica, parcimônia e coerência teórica das abordagens integrativas ao tratamento. Conforme Robert Sternberg observou recentemente em um outro contexto controverso (sobre o livro *The Bell Curve*), “Eu não acho que ciência seja formada por maioria de votos” (citado em Holden, 1994, p. 1811). A limitação dos dados em esclarecer a prática integrativa é considerado a seguir.

### ***Significados Múltiplos de “Integração da Psicoterapia”***

As pesquisas têm consistentemente mostrado que a maioria dos psicoterapeutas descreve sua prática de psicoterapia como sendo de natureza “integrativa” ou “ecclética” (para uma revisão, ver Arnkoff & Glass, 1992, p. 679-681). Entretanto, o significado preciso destas descrições não pode ser determinado a partir dos dados disponíveis. Além disso, a diferença entre modelos formais (movimento de integração) e modelos individuais (idiográficos) de integração não foi considerada. Quatro possibilidades são consideradas, como segue: (1) a maioria dos psicoterapeutas não seguem a teoria ou prática de nenhum dos principais sistemas de psicoterapia; (2) os psicoterapeutas aplicam um (ou mais) dos modelos contemporâneos formais de integração; (3) os psicoterapeutas psicanalíticos e psicodinâmicos estão explorando alternativas porque sua fé em abordagens de longo prazo está diminuindo; e (4) os psicoterapeutas denominam-se “integrativos” porque integram sua própria experiência pessoal, personalidade e conhecimento na situação clínica. (Conforme mostrado adiante, acreditamos que a terceira e a quarta possibilidades são as interpretações mais sensíveis dos dados pesquisados.)

Tomando a primeira interpretação cabível, estariam os entrevistados do levantamento (Arnkoff e Glass, 1992) dizendo que suas práticas clínicas não seguem a filosofia, a teoria e a aplicação (procedimentos, técnicas, ou estratégias) de nenhum dos sistemas científicos de psicoterapia estabelecidos? Provavelmente não. Na verdade, as pesquisas sugerem que os profissionais muito comumente empregam combinações teóricas que envolvem terapia cognitiva – ou seja, cognitiva e comportamental; humanística e cognitiva; e psicanalítica e cognitiva (Norcross & Prochaska, 1988). Portanto, os

terapeutas ecléticos/integrativos parecem considerar a integração como parte integrante das abordagens estabelecidas ao tratamento.

Uma segunda possível interpretação dos relatórios das pesquisas diz respeito ao indício de que os profissionais concordam com um dos modelos de integração contemporâneos formais: fatores de consenso, ecletismo técnico, ou integração teórica. Novamente, isto é improvável; na verdade, seria uma interpretação bastante cínica dos profissionais, uma vez que não há até o momento validade empírica associada com essas abordagens formais. A eficácia terapêutica das abordagens contemporâneas à integração da psicoterapia é, nas palavras de Castonguay e Goldfried (1994), "mais uma promessa do que uma realidade documentada" (p. 167).

A terceira interpretação diz respeito à orientação teórica anterior daqueles que descrevem suas práticas de psicoterapia como "integrativas" ou "ecléticas." Duas pesquisas independentes concluíram que a maioria dos psicólogos clínicos descrevendo-se como "ecléticos" eram anteriormente psicodinâmicos ou psicanalíticos (Arnkoff & Glass, 1992). Este dado pode refletir uma diminuição da fé nestas abordagens em particular – e a busca por um substituto viável – entre psicoterapeutas psicanalíticos e psicodinâmicos (Norcross, Alford, & DeMichele, 1992).

Uma quarta e última interpretação do que muitos profissionais querem dizer ao descreverem-se como "integrativos" ou "ecléticos" é simplesmente que eles aplicam as várias psicoterapias de uma maneira que integra *suas próprias experiências pessoais, personalidades e conhecimentos* na situação clínica. Esta prática pareceria coerente com o desenvolvimento na filosofia da ciência, que sugere uma nítida diferença entre ciência básica e aplicada. Por exemplo, Manicas e Secord (1983) descrevem a diferença entre o cientista e o clínico ou técnico da seguinte maneira: "O primeiro pratica ciência criando sistemas pelo menos parcialmente fechados; o último usa as descobertas da ciência, mas ... também emprega uma grande quantidade de conhecimento que se estende para além da ciência" (p. 412).

### ***A Política da Integração da Psicoterapia***

É importante observar que há diferenças substanciais entre um movimento de integração da psicoterapia e um sistema integrativo de psicoterapia. A *ideologia* de integração da psicoterapia (da qual nós como terapeutas cognitivos diferimos) deve ser separada dos objetivos de integração (com os quais estamos de total acordo). O movimento de integração é caracterizado por tudo o que constitui

um grupo político, incluindo coisas como uma mentalidade “nós” *versus* “eles”, uma “diretriz partidária,” e interesses políticos adquiridos em promover a agenda do partido. (Naturalmente, na medida em que os sistemas de psicoterapia estabelecidos não estão empenhados em testar suas teorias e intervenções terapêuticas, as mesmas caracterizações poderiam aplicar-se também a eles.)

Inúmeras posições ideológicas com relação à integração da psicoterapia foram recentemente articuladas. Muitas delas desafiam os princípios que orientam a contínua evolução dos principais sistemas científicos de psicoterapia, e defendem a substituição das abordagens estabelecidas pela psicoterapia “integrativa” (ver Alford, no prelo). Castonguay e Goldfried (1994) manifestam as seguintes posições: (1) “discussões amargas” dentro da ciência são contraproduativas (p. 159); (2) a melhora de sistemas tradicionais de psicoterapia depende de (ou resulta de) uma reaproximação com outros sistemas (p. 161); e (3) aqueles indivíduos que estão envolvidos na integração teórica (comparados com aqueles que desenvolvem e testam teorias individuais) têm um entendimento “mais complexo e menos tendencioso” da etiologia dos transtornos psicológicos (p. 161).

Os desafios da integração da psicoterapia aos sistemas científicos (teoricamente coerentes e empiricamente validados) de psicoterapia estabelecidos têm, às vezes, assumido um tom político. Este problema se tornou aparente para autores tanto fora quanto dentro do movimento de integração da psicoterapia. Por exemplo, Andrews, Norcross, e Halgin (1992, p. 581) observam o seguinte: “Na maior parte da literatura sobre integração da psicoterapia, programas não-integrativos são acusados de apresentarem um currículo rígido... Uma dificuldade com este arsenal de obstáculos é que ele tem um sabor de crítica, conforme evidenciado pelo uso de palavras como *rígido* para caracterizar os adversários da integração.” Este aspecto político do movimento de integração da psicoterapia levou A. A. Lazarus, um dos mais destacados pioneiros da abordagem eclética/integrativa, a concluir que “um estado de caos ainda maior predomina agora. Em lugar de procurar a unificação, diferentes escolas de terapias ecléticas e integrativas parecem estar proliferando” (A. A. Lazarus & Messer, 1991, p. 144).

### ***Desencorajamento de Discussões Científicas Construtivas***

Um aspecto inerente à evolução de qualquer disciplina científica é a discussão intelectual vigorosa sobre teorias. Propor, testar, e debater teorias são parte do processo científico. Consideremos a

seguinte descrição deste processo conforme ocorrido dentro do campo da evolução biológica:

Uma discussão onipotente explodiu, com antropolotistas e bioquímicos criticando as técnicas profissionais uns dos outros na linguagem mais violenta ... A discussão reinou por mais de uma década, durante cujo tempo mais e mais evidências moleculares foram produzidas... Finalmente, no início da década de 80, descobertas de espécimes muito mais completos de fósseis tipo-*Ramapithecus*, por Pilbeam e sua equipe no Paquistão e por Peter Andrews, do Museu de História Natural de Londres, resolveram a questão ... Mesmo antropólogos conservadores defensores do *Ramapithecus*-como-hominídeos foram persuadidos pela nova evidência de que estavam errados e Wilson e Sarich estavam certos: a primeira espécie de macaco bípede, o membro fundador da família humana, tinha evoluído recentemente e não no passado remoto. (Leakey, 1994, p. 7-8)

Os teóricos de antropologia e bioquímica envolvidos nesta amarga discussão teriam preferido encontrar uma “zona intermediária” ou uma posição “integrativa” que poderia ter satisfeito ambos os grupos. Entretanto, a qualidade de suas teorias não permitia esse tipo de solução. Ambas eram testáveis e previam resultados contraditórios. Um lado venceu a discussão, e o outro lado perdeu. No processo, a ciência avançou.

Contrária a este exemplo de discussão científica construtiva, a ideologia do movimento de integração contemporâneo sugere que a diminuição de “discussões amargas” é um objetivo desejável no desenvolvimento de abordagens psicoterapêuticas (Castonguay & Goldfried, 1994, p. 159). Com relação à diminuição nas discussões, os integracionistas citam as virtudes da integração, que inclui o seguinte: “indagação aberta, respeito mútuo e diálogo transteórico” (Norcross, 1990, p. 298); “uma atitude de abertura e exploração” (Arkowitz, 1991, p. 1); “uma atitude aberta... liberalidade... entendimento menos tendencioso” (Cosstanguay & Goldfried, 1994, p. 159, 161); e um senso de que “Somos bons – eles também são bons” (Norcross, 1988, p. 420).

Declarações como estas referem-se em grande parte à hipotética virtude de “abertura teórica”. Por exemplo, parte da missão editorial do *Journal of Psychotherapy Integration* (que começou a ser publicado em 1991) é a seguinte: “O jornal é dedicado a publicar ensaios originais revisados por colegas que ultrapassem os limites da abordagem de uma única escola ou de uma única teoria à psicoterapia e mudança de comportamento...” Portanto, há a sugestão de que os vários sistemas científicos de psicoterapia estabelecidos podem estar “confinados” em suas estruturas teóricas e técnicas. Esta linha de pensamento está provavelmente associada ao desejo de evitar discussões contraprodutivas. Tomemos como exem-

plo o que escreve o editor Arkowitz (1992): "Na abordagem de uma única escola, o terapeuta acredita na teoria na qual a abordagem se baseia" (p. 262; ênfase acrescentada).

Este é um equívoco fundamental em relação à natureza da teoria, e não é a visão de teoria assumida por terapeutas e pesquisadores cognitivo-comportamentais. Fishman e Franks (1992, p. 161) notam que "não há uma única e invariável metodologia científica... [e] a crença em qualquer forma de ciência em si não é mais do que uma crença." Para dar um outro exemplo, "a boa teoria, como boa teoria, é meramente uma aproximação prática até que uma teoria ou terapia melhor apareça" (Franks, 1984, p. 254). Ou, como Francis Crick (1994) explica:

Você não consegue levar adiante com sucesso um projeto de pesquisa científica difícil sem algumas idéias pré-concebidas para orientá-lo. Portanto, falando livremente, você "acredita" nestas idéias. Mas para um cientista elas são apenas crenças provisórias. Ele não tem uma fé cega nelas. Ao contrário, ele sabe que pode, ocasionalmente, fazer progresso real refutando uma de suas acalentadas idéias. (p. 257)

A noção de que o terapeuta em abordagens de "uma única escola" acredita rigidamente em suas próprias teorias – exceto no sentido limitado definido por Crick acima – é incorreta. Na verdade, sugerir outra coisa é subestimar aqueles médicos e pesquisadores que aplicam e testam os vários sistemas científicos de psicoterapia (p.ex., Emmelkamp, 1994; Greenberg, Elliott, & Lietaer, 1994; Henry, Strupp, Schacht, & Gaston, 1994; Hollon & Beck, 1994). Mesmo estudantes ainda não formados aprendem a máxima de que teorias científicas não são nem verdadeiras nem falsas, mas, antes, mais ou menos úteis para fins explanatórios e preditivos. Sobre o desenvolvimento de teorias dos vários transtornos de ansiedade, escreveu-se o seguinte:

Nenhuma perspectiva provavelmente fornecerá uma explicação adequada para a ansiedade clínica, mas uma combinação de diferentes abordagens pode ajudar a juntar as várias peças de um quebra-cabeças. É fundamental que os pesquisadores reconheçam as limitações e não-exclusividade de suas próprias perspectivas bem como reconheçam as contribuições que surgem de outros pontos de vista... Uma variedade de pesquisas usando inúmeros modelos diferentes tem maior probabilidade de avançar nosso conhecimento das causas e tratamento de ansiedade clínica. (Beck, 1985b, p. 195-196)

Similarmente, na teorização de depressão clínica, seis modelos diferentes foram propostos para serem submetidos à análise empírica (Beck, 1987a).

### ***Ausência de Investimento em Teorias Científicas***

Com relação ao problema anterior, uma outra crença falaciosa dentro da ideologia contemporânea de integração da psicoterapia é que o investimento em teorias é contraprodutivo para o desenvolvimento de psicoterapia efetiva. O investimento em teorias tem sido erroneamente identificado por integracionistas da psicoterapia como antitético ao progresso científico (Alford, no prelo). Ao discutir o ulterior desenvolvimento da integração da psicoterapia, Castonguay e Goldfried (1994) escrevem que "este movimento não é livre de barreiras e obstáculos, tais como o investimento dos terapeutas em suas teorias pessoais" (p. 169).

O investimento em teorias não é uma barreira nem um obstáculo, contanto que as teorias sejam testáveis e testadas (Alford, no prelo). Conforme disse Darwin certa vez, por que qualquer cientista faria alguma coisa se não para apoiar ou refutar uma teoria? (citado em Eysenck, 1994, p. 479). Na verdade, o investimento em teorias tem orientado o desenvolvimento das terapias cognitiva e cognitivo-comportamental (Hollon & Beck, 1994), bem como as outras principais abordagens psicoterapêuticas (p.ex., Emmelkamp, 1994; Greenberg e col., 1994; Henry e col., 1994). Portanto, uma resposta à preocupação com o investimento em teorias é considerar as consequências (contribuições à ciência) que ocorreram como resultado de se propor e testar teorias científicas. Por outro lado, Crick (1994) explicou o assunto como segue: "Que os cientistas têm uma tendência pré-concebida a explicações científicas eu não negaria. Isto é justificado, não apenas porque anima a moral deles, mas principalmente porque a ciência nos últimos séculos tem sido espetacularmente bem-sucedida" (p. 257).

### ***Ambigüidade Teórica dos "Fatores de Consenso"***

A última questão diz respeito a argumentos em favor do desenvolvimento de novas psicoterapias baseadas em "fatores de consenso". Goldfried (1980) sugeriu que pode-se chegar ao consenso quando nos posicionamos em um nível de abstração entre o nível teórico e o nível técnico que ele denomina de "nível de estratégias clínicas". Quando é possível conseguir apoio empírico para tais estratégias clínicas, ele sugere então que se mude o termo "princípio de mudança" para "estratégias clínicas". Goldfried propõe duas destas estratégias: (1) experiências novas, corretivas, e (2) oferecimento de *feedback* direto. Esta abordagem geral vem sendo considerada

uma das três principais abordagens integrativas contemporâneas (Arkowitz, 1991, 1992).

Entretanto, esta proposta levanta diversas questões. Primeiro, prover “experiências novas e corretivas” porque muito semelhante à noção de “relação terapêutica” se consideramos que ambas são inteiramente tautológicas (“Relação terapêutica” é também frequentemente proposta como um fator de consenso). Como se pode pôr a prova a idéia de que prover experiências *corretivas* trará resultados positivos (ou seja, a correção dos problemas atuais), uma vez que, por definição, elas o fariam? Além disso, Haaga (1986) pondera, com propriedade, que uma revisão de todos os significados relacionados com “experiências novas” derivaria apenas em conclusões vagas a respeito de processo terapêutico – como por exemplo, “para haver mudança, alguma coisa diferente tem que acontecer” (p. 532).

Segundo, oferecer *feedback* direto é uma intervenção tão claramente cognitiva que poderia parecer específica àquelas abordagens que estudam o papel dos processos cognitivos na psicoterapia. Isto é inconsistente com o conceito de um “fator de consenso”. Terceiro e último, sugere-se que o termo “princípios de mudança” poderia substituir o termo “estratégias clínicas” se fosse possível obter apoio empírico para certos princípios específicos. Entretanto, *princípios* equivaleriam a teorias em um nível abstrato. Esta equivalência anula *qualquer* posição convincente a partir da qual se poderia alegar neutralidade teórica integrativa.

Conforme mostrado a seguir (e no Capítulo 5), a terapia cognitiva oferece algumas soluções para os problemas apresentados acima, incluindo uma linguagem comum para observações clínicas que seja teoricamente consistente, mas de amplo alcance. Além disso, a postura tecnicamente eclética da terapia cognitiva oferece flexibilidade na prática clínica, embora mantendo o poder explanatório (e testabilidade) de uma teoria científica coerente.

## **Soluções Oferecidas pela Terapia Cognitiva**

### ***Uma Linguagem Comum para Observações Clínicas***

Conforme observado por Alford e Norcross (1991), uma importante função para uma teoria integrativa seria fornecer uma linguagem comum. Um levantamento de 58 membros da Sociedade para a Exploração da Integração da Psicoterapia revelou que a ausência de uma linguagem comum foi classificada como um dos mais severos impedimentos à integração da psicoterapia (Norcross & Thomas, 1988). Os constructos da terapia cognitiva parecem com-

patíveis com perspectivas aparentemente divergentes, e podem, portanto, auxiliar aqueles que estão interessados em integrar os vários sistemas de psicoterapia.

Os dois candidatos mais freqüentes para uma linguagem comum de psicoterapia são a linguagem normal (p.ex., Messer, 1987) e a psicologia cognitiva (p.ex., Kazdin, 1984; Ryle, 1982; Safran, 1984). A linguagem normal pode conter a maioria das distinções e ligações necessárias consideradas úteis durante toda a existência de muitas gerações. Similarmente, conceitos cognitivos como "esquemas," "roteiros," e "metacognição" têm o potencial para cobrir fenômenos terapêuticos observados por clínicos de diferentes orientações (Goldfried & Newman, 1986). Kazdin (1984 p. 163) escreve que os conceitos de psicologia cognitiva

lidam com significados de eventos, processos subjacentes, e formas de estruturar e interpretar experiência. Eles podem englobar afeto, percepção e comportamento. Conseqüentemente, os processos cognitivos e seus referenciais provavelmente fornecem o lugar onde a brecha entre as visões psicodinâmicas e comportamentais é menos larga.

### ***Ecletismo Técnico***

A natureza tecnicamente eclética da terapia cognitiva é uma de suas características inconfundíveis (ver Alford & Norcross, 1991; Arnkoff & Glass, 1992; Beck, 1991a). Nesta seção, estendemo-nos sobre esse aspecto particular da terapia cognitiva. Também demonstramos como a teoria cognitiva fornece pelo menos uma solução parcial para muitos dos problemas de integração da psicoterapia descritos acima.

Aqueles leitores que estão familiarizados com os fundamentos da terapia cognitiva sabem que ela rotineiramente combina técnicas de diversas psicoterapias. Embora a maioria dos métodos específicos usados na terapia cognitiva tenham sido divididos em categorias "comportamentais" e "cognitivas" (p.ex., Beck e col., 1979), as técnicas também são tiradas de outras perspectivas (Arnkoff, 1981; Beck e col., 1985). Na verdade, qualquer técnica clínica que seja considerada útil para facilitar a investigação empírica de interpretações e conclusões maladaptativas de pacientes pode ser incorporada à prática clínica da terapia cognitiva.

Entretanto, os procedimentos usados na terapia cognitiva não são empregados como técnicas isoladas. Antes, eles representam a seleção de métodos a serviço de uma estratégia clínica global consistente com os axiomas da teoria cognitiva. Uma conceitualização

cognitiva do paciente individual determina as técnicas selecionadas (Persons, 1989).

Portanto, a terapia cognitiva é altamente eclética, mas não teoricamente "neutra." Sobre as diferenças entre a aplicação de técnicas (tecnologia) e um sistema científico, Eysenck (1994, p. 479) escreveu o seguinte:

A ciência é essencialmente abstrata, onde a tecnologia é concreta. A ciência procura leis, a tecnologia regras.. A ciência busca explicações, a tecnologia aplicações. Uma pode ajudar a outra, mas há uma diferença fundamental entre elas. Esta diferença está relacionada à importância de *teorias* de larga escala, baseadas em fatos. (ênfase no original)

As técnicas usadas na terapia cognitiva são parte de uma conceitualização global usada para orientar a prática da terapia cognitiva de um caso individual. Um exemplo é o uso de desempenho de papel para ativar cognições "quentes" associadas com eventos ou situações interpessoais específicos (ver Beck e col., 1985). Neste exemplo, um procedimento empregado na terapia de Gestalt é empregada na terapia cognitiva. Quando ele é usado por um terapeuta cognitivo, o objetivo é a ativação de esquemas centrais relevantes à disfunção da pessoa. Inúmeras outras técnicas além do desempenho do papel são usadas desta forma (ver Beck e col., 1985, 1990).

Entretanto, procedimentos terapêuticos que podem parecer semelhantes para um observador na verdade representam processos totalmente diferentes para terapeutas orientados por diferentes estratégias teóricas. De um ponto de vista cognitivo, técnicas topograficamente idênticas são funcionalmente equivalentes entre diferentes terapeutas apenas quando estes terapeutas compartilham (e compartilham com seus pacientes) de orientações teóricas comuns para seu uso (Alford & Norcross, 1991). Consistente com esta questão, Schacht (1984) argumentou que um processo lembrando dessensibilização que ocorre na terapia dinâmica pode lembrar este processo *topograficamente*, mas não no nível de *estratégia*. Como Messer (ver A. A. Lazarus & Messer, 1991), ele argumenta que o contexto muda o significado de qualquer técnica clínica: "...um determinado elemento adquire importância apenas dentro de uma estrutura de significados e de um sistema de relações funcionais. Portanto, sal na sopa é bastante diferente de sal no tanque de gasolina" (Schacht, 1984, p. 121).

A natureza tecnicamente eclética da terapia cognitiva foi descrita anteriormente como segue: "Trabalhando dentro da estrutura do modelo cognitivo, o terapeuta formula sua [*sic*] abordagem terapêutica de acordo com as necessidades específicas de um determi-

nado paciente em um momento particular. Portanto, o terapeuta pode estar conduzindo terapia cognitiva embora esteja utilizando predominantemente técnicas comportamentais ou ab-reativas (liberadoras de emoção)" (Beck e col., 1979, p. 117). As técnicas podem ser selecionadas de outras abordagens psicoterapêuticas, desde que os seguintes critérios sejam satisfeitos: (1) Os métodos são consistentes com princípios de terapia cognitiva e estão logicamente relacionados à teoria de mudança terapêutica; (2) a escolha de técnicas baseia-se em uma conceitualização de caso abrangente que leva em consideração as características do paciente (capacidade introspectiva, capacidades de resolver problemas, etc.); (3) empirismo cooperativo e descoberta orientada são empregados; e (4) a estrutura de entrevista-padrão é seguida, a menos que haja fatores que atestem fortemente contra o formato-padrão (Beck, 1991a).

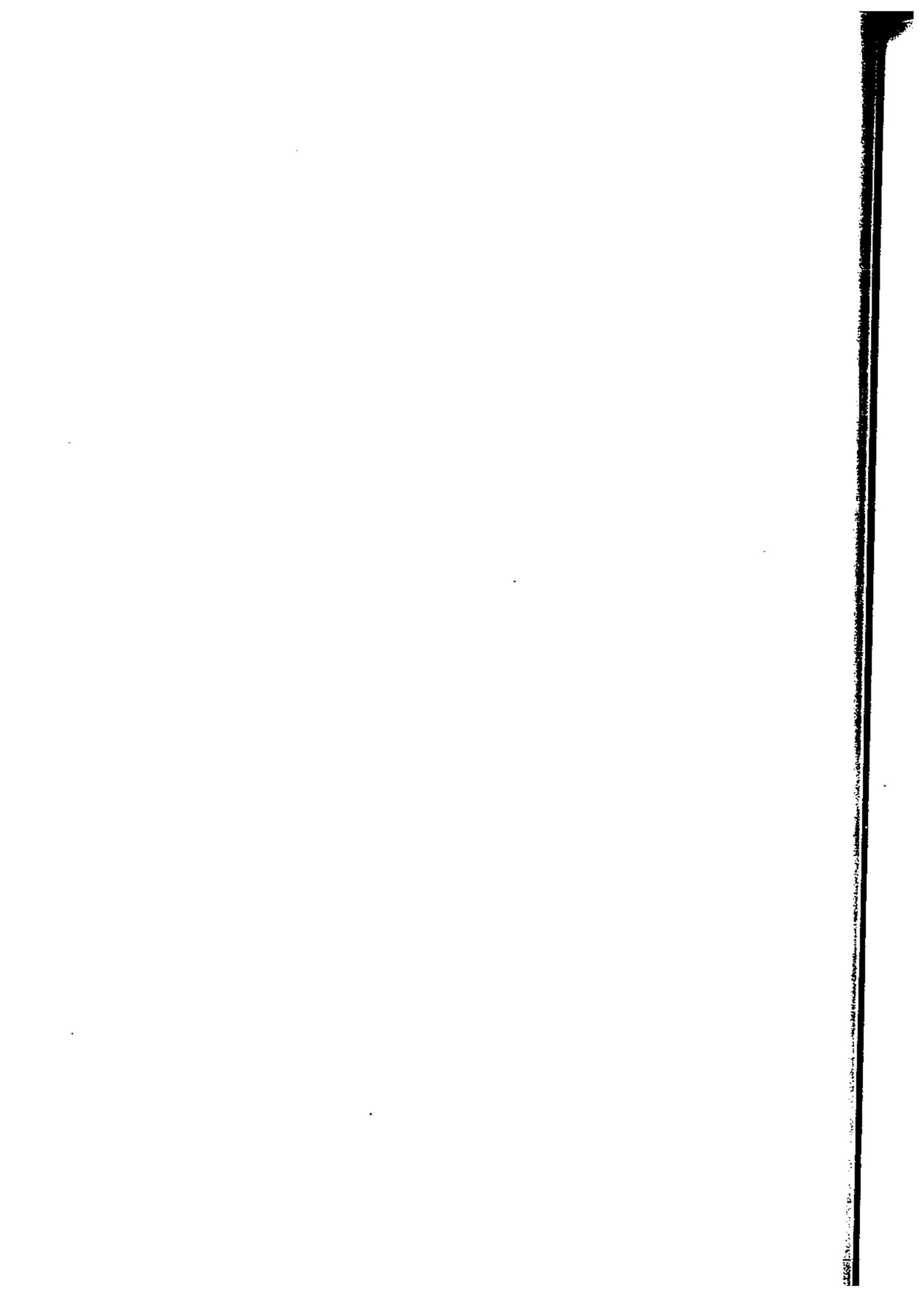
A abordagem cognitiva pode ser integrada na tecnologia terapêutica predominante já utilizada no tratamento de um transtorno ou população particular. A terapia cognitiva de problemas de casais, por exemplo, utiliza muitas das técnicas da terapia conjugal padrão (Beck, 1988b), e a terapia cognitiva com crianças incorpora técnicas como a terapia recreativa (Knell, 1990). No tratamento de transtornos da personalidade, os terapeutas cognitivos podem produzir experiências afetivas, reativar memórias primitivas, e representar episódios passados cruciais. Na terapia cognitiva do transtorno de pânico, ataques de pânico são induzidos de uma maneira semelhante às técnicas comportamentais de inundação e implosão (Beck, 1988a).

Um importante aspecto discriminatório da terapia cognitiva é a estrutura da entrevista, que inclui uma agenda, *feedback* e exercícios para casa. O motivo para as intervenções terapêuticas deveriam ser tão claros para o paciente quanto para o terapeuta. Este formato facilita o envolvimento do paciente no processo terapêutico. Este formato de entrevista é emprestado em grande parte da terapia do comportamento: estabelecer objetivos, dividir os problemas em componentes específicos, definir procedimentos, medir progresso, e colaborar para desenvolver exercícios para casa. O formato de questionamento foi derivado originalmente da "anamnese associativa" de Felix Deutsch, da terapia não-diretiva de Carl Rogers, e do questionamento socrático de Albert Ellis. As estratégias de encenação emotivas foram influenciadas pelo psicodrama e pela terapia de Gestalt. A terapia racional-emotiva tem ajudado a moldar a testagem ou avaliação (mas não o desafio) de crenças disfuncionais. As estratégias mais manipulativas e outras escolas de psicoterapia são evitadas quando estão em conflito com o objetivo do paciente

como colaborador ou cientista pessoal – uma idéia provavelmente influenciada por George Kelly. Portanto, a terapia cognitiva é altamente eclética e utiliza técnicas de outras psicoterapias (Beck, 1991a). Ao mesmo tempo, entretanto, ela fornece um paradigma para uma prática integrativa coerente.

## **Conclusões**

Fizemos uma diferenciação entre a ideologia integrativa contemporânea (i.e., abordagens contemporâneas formais à integração da psicoterapia) e os propósitos ou *objetivos* de se desenvolver um sistema de psicoterapia abrangente. Encontramos inúmeros problemas reais na ideologia integrativa; ao mesmo tempo, acreditamos que os terapeutas cognitivos compartilham muitos (se não a maioria) dos objetivos ou propósitos daqueles que promovem a integração. Entre os valores mais importantes compartilhados está a intenção de desenvolver um sistema científico de terapia comprovado. Os critérios para tal sistema teórico incluem consistência teórica, parcimônia, testabilidade, e um campo abrangente de aplicabilidade. No capítulo a seguir, voltamos nossa atenção a essas questões enquanto consideramos a situação da teoria cognitiva como teoria integrativa para prática clínica.



# 5

## Teoria cognitiva como teoria integrativa para a prática clínica

Tanto o movimento de integração da psicoterapia quanto as terapias cognitivas se têm focalizado explicitamente na integração de diferentes abordagens e bases de conhecimento à prática clínica (ver Arnkoff & Glass, 1992). Por exemplo, parte do preceito editorial *Cognitive Therapy and Research*, que começou a ser publicado em 1977, é o seguinte: “[Este] é um jornal interdisciplinar amplamente concebido ... Ele tenta integrar diferentes áreas de psicologia como clínica, cognitiva, de aconselhamento, evolucionária, experimental, de aprendizagem, da personalidade e social”. Da mesma maneira, o *Journal of Cognitive Psychotherapy*, que começou a ser publicado em 1987, declara: “Esta publicação acadêmica busca unir teoria, pesquisa, e prática bem como desenvolver novas técnicas através do exame das implicações clínicas do desenvolvimento teórico e de pesquisa ... Artigos descrevendo a integração da psicoterapia cognitiva com outros sistemas também são bem-vindos.” Comparemos estas descrições com aquela do *Journal of Psychotherapy Integration* (que começou sua publicação em 1991): “Esta publicação acadêmica dedica-se a trabalhos originais que vão além dos limites que confinam a psicoterapia e a mudança de comportamento à ótica de uma única escola ou uma única teoria...”.

Essas três publicações são obviamente semelhantes em seu campo de ação e na intenção de integrar diferentes áreas, incluindo outros sistemas de psicoterapia. Entretanto, uma diferença óbvia é que um objetivo importante do *Journal of Psychotherapy Integration* é “ir além dos limites” das teorias e dos sistemas estabelecidos. A seguir, mostramos que esta posição é insustentável como base para o desenvolvimento de sistemas abrangentes de psicoterapia. A fim de tanto (1) “ir além” das teorias contemporâneas, quanto (2) alcan-

çar o objetivo de desenvolver uma abordagem científica à psicoterapia, os integracionistas da psicoterapia devem desenvolver novas teorias próprias. Infelizmente para a integração da psicoterapia como ideologia, esta não é uma direção na qual o movimento parece interessado. Por exemplo, a abordagem formal conhecida como "integração teórica" explicitamente visa mais combinar teorias do que desenvolver e testar novas teorias. Conforme observamos no Capítulo 4, tal abordagem não demonstrou produzir formulações teóricas coerentes e testáveis.

## O Papel da Teoria

A idéia de que teorias científicas são intrinsecamente limitadoras é questionável. Inúmeros autores têm tratado desta questão. A visão típica da natureza das teorias (ou leis) científicas é expressada bastante bem nas seguintes descrições de J. Cohen e Stewart (1994): "Leis não são verdades eternas. Elas são regularidades dependentes do contexto, e nós descobrimos diferentes leis fazendo diferentes perguntas" (p. 285); "Nossas tão valorizadas leis da natureza não são verdades absolutas, apenas histórias de Sherlock Holmes muito bem construídas" (p. 435).

Um sistema de psicoterapia não pode evoluir como disciplina científica sem uma teoria coerente acerca de psicopatologia e de processo terapêutico. Além disso, a eficácia terapêutica (e manutenção) de uma abordagem psicoterapêutica dependerá em grande parte de se fornecer um suporte teórico coerente aos pacientes. Como diz Messer (A. A. Lazarus & Messer, 1991): "Um procedimento psicológico não pode ser administrado como uma pílula, mas será moldado pela linguagem e pela estrutura na qual é expressado. Quando nos movemos do âmbito biológico para a arena da ciência social, penetramos na esfera das questões humanas" (p. 156).

Voltando ao objetivo do *Journal of Psychotherapy Integration* de "ir além" das teorias e dos sistemas de psicoterapia estabelecidos, é certo que existe uma escolha melhor do que simplesmente fugir dos limites da teoria. Tendo-se em mente a natureza experimental da explicação e da teorização científica, pode-se evitar ficar "confinado," e contudo ao mesmo tempo pode-se desenvolver e testar teorias coerentes. Além disso, o caminho fundamental para o progresso científico parece ser o desenvolvimento de teorias que sejam tanto testáveis quanto testadas. Portanto, as teorias científicas não são os inimigos do progresso científico; antes, elas são os *resultados* deste progresso.

Inúmeros autores vêm tratando da questão do papel essencial da teoria na psicoterapia (e psicopatologia). Por exemplo, Eysenck (1994, p. 479) expressou a importância da teoria dentro do campo da psicoterapia da seguinte maneira:

O que separa ciência de tecnologia? Poincaré indicou com exatidão a diferença quando disse: "A ciência é construída com fatos, como a casa é construída com pedras. Mas uma coleção de fatos não é mais ciência do que um monte de pedras é uma casa." A tecnologia consiste de avanços isolados, mas a ciência é *conhecimento organizado*. A tecnologia funciona; a ciência nos diz porque ela funciona e prevê novos avanços ... nossa maior preocupação deveria ser com a criação e a elaboração de uma teoria *cientificamente válida* subjacente a nossos esforços. (ênfase no original)

Da mesma forma, Bergin e Garfield (1994) escrevem: "A ausência de uma boa teoria é um problema. Falta o tipo de coerência conceitual que se esperaria de uma disciplina científica avançada" (p. 822). E Franks (1984, p. 254) cita Montaigne: "Nenhum vento sopra a favor de um navio que não tem direção". Franks salienta que é da natureza das teorias fornecer uma aproximação prática até que uma melhor teoria surja, e acrescenta:

...este "surgir" não é obra do acaso. Há mais chance de surgir através da exploração disciplinada dentro de um enquadre teórico do que numa busca eclética do que aparecer por perto ou numa integração prematura de dois sistemas que, a meu ver, são claramente incompatíveis e deveriam ser deixados, pelo menos por enquanto, desenvolver-se independentemente. (Franks, 1984, p. 254)

Se esta linha de raciocínio estiver correta, ela levanta a questão dos critérios para uma boa teorização científica – um tema ao qual voltamos agora nossa atenção.

### **Crítérios para uma Teoria Científica**

Inúmeros critérios foram sugeridos para avaliação de teorias científicas (ver Liebert & Spiegler, 1987). Aqui, consideramos a maneira na qual a teoria cognitiva satisfaz os critérios para uma teoria científica, incluindo sua consistência interna, sua parcimônia em termos de constructos explanatórios, sua testabilidade, e seu âmbito de aplicação clínica. Também consideramos como a teoria cognitiva fornece um paradigma para a prática clínica integrativa. Em uma seção posterior do capítulo, discorreremos sobre a relação entre terapia cognitiva e a abordagem de integração da psicoterapia, conhecida como "integração teórica".

### ***Consistência Teórica***

Conforme discutido em detalhe no Capítulo 1 (e de acordo com Popper, 1959), a apresentação formal da teoria cognitiva inclui todos os pressupostos necessários e suficientes da teoria e forma o vértice do sistema. Todas as afirmações teóricas podem ser logicamente derivadas dos axiomas, que esclarecem e definem a teoria científica. O requisito de consistência interna estipula que os axiomas devem ser livres de contradição. Além disso, Popper (1959) sugeriu que os axiomas devem ser independentes, de modo que nenhum axioma seja dedutível de outros dentro do sistema; que os axiomas devem ser suficientes para permitir a dedução de todas as afirmações pertencentes à teoria; e, finalmente, que os axiomas devem ser necessários para derivação das afirmações pertencentes à teoria. A teoria cognitiva clínica conforme apresentada no Capítulo 1 satisfaz estes critérios.

### ***Parcimônia***

O segundo critério é a parcimônia, da qual há diferentes medidas na teoria cognitiva. Por exemplo, pode-se avaliar a gama de fenômenos explicados pelas 10 afirmações axiomáticas, e considerar se formulações mais simples foram propostas para explicar a mesma gama ou âmbito de observações. Aqui, nos focalizamos em um aspecto do critério de parcimônia – ou seja, a maneira na qual constructos cognitivos incluem aqueles de outras abordagens terapêuticas. Estes aspectos foram considerados “fatores de consenso” das psicoterapias efetivas.

Os fatores de consenso descritos pela terapia cognitiva são aqueles que produzem uma mudança positiva na capacidade da pessoa de obter e processar informações relevantes à adaptação bem-sucedida ao ambiente (ver Beck, 1987b). A teoria cognitiva estipula que a melhora sintomática nos transtornos agudos (Eixo I) é produzida pela desativação de esquemas hipervalentes específicos de um determinado transtorno (tal como depressão, transtorno de ansiedade generalizada, ou transtorno de pânico). Por outro lado, a evidência sugere que a terapia cognitiva produz mudança estrutural duradoura, além de simplesmente desativar esquemas disfuncionais. Portanto, a prevenção da recaída em transtornos como depressão ou transtorno de pânico é prevista pela teoria cognitiva. Há apoio preliminar para essa previsão, na medida em que a terapia cognitiva da depressão, se comparada à psicofarmacoterapia, diminui as probabilidades de recaída (Hollon & Najavits, 1988).

A teoria cognitiva também orienta a seleção e a oportunidade de intervenções. Por exemplo, podem ser selecionadas técnicas para (1) desativar um esquema disfuncional hipervalente, (2) ativar e modificar um esquema crônico, ou (3) construir esquemas adaptativos. Além disso, tem sido demonstrado como os componentes de outras terapias podem produzir mudança através da reestruturação cognitiva (Beck, 1987b). Técnicas de diferentes sistemas de psicoterapia (cognitiva, comportamental, psicodinâmica, humanística, e experiencial) capacitam os pacientes a invalidar as crenças disfuncionais básicas incorporadas nos esquemas disfuncionais. Como é comum no caso da depressão, os sintomas também podem desaparecer sem terapia (Beck, 1967). Independente da abordagem à modificação cognitiva (direta ou indireta), as crenças disfuncionais que são ativadas durante episódios agudos de um transtorno não são mais encontradas quando o episódio termina.

Em resumo, os "fatores de consenso" da psicoterapia buscam, em primeiro lugar, corrigir o conteúdo e o processamento cognitivo disfuncionais. A modificação cognitiva pode ocorrer através de uma variedade de procedimentos, incluindo a relação terapêutica, as técnicas de ab-reação, ou a explicação e a interpretação. A abordagem mais direta, entretanto, envolve um foco explícito nos sistemas de crença e em estratégias de manejo em desenvolvimento. A análise dos componentes e dos procedimentos terapêuticos da psicanálise, da terapia do comportamento, e outros sistemas de psicoterapia sugere um fator comum – a modificação de crenças e esquemas centrais (Beck, 1987b, 1991a). Esta perspectiva oferece uma visão parcimoniosa da psicopatologia e dos fenômenos clínicos.

### ***Testabilidade: Hipóteses sobre Transtorno de Pânico como Exemplos***

Para assegurar os fundamentos científicos da teoria cognitiva clínica (ou qualquer teoria), o critério de testabilidade é provavelmente o mais importante de todos os critérios considerados aqui. Uma revisão abrangente das hipóteses testáveis da teoria cognitiva – incluindo hipóteses com relação a todos os transtornos clínicos que foram ou poderiam ser submetidos a experimentação – está claramente além do alcance deste livro. Entretanto, além dos estudos de resultado controlados atestando a eficácia da terapia cognitiva (Hollon & Beck, 1994), a *teoria* cognitiva revelou-se facilmente testável, conforme demonstrado pelos inúmeros estudos designados para avaliar várias hipóteses dela derivadas. A teoria cognitiva

da depressão (Beck, 1987a), por exemplo, gerou diversas linhas independentes de pesquisa experimental (Haaga e col., 1991).

É fácil que surjam hipóteses a partir das teorias cognitivas de outros transtornos, tais como transtorno de pânico e os transtornos psicóticos, aos quais voltaremos nossa atenção na Parte III deste livro. Inúmeras hipóteses com relação a terapia cognitiva de transtornos psicóticos estão incluídas em Alford e Beck (1994) e Alford e Correia (1994), e não serão repetidas aqui. Com relação a transtorno de pânico, pode-se facilmente formular hipóteses consistentes com uma perspectiva teórica cognitiva. As seguintes hipóteses, que podem ser submetidas a testes empíricos, são apresentadas aqui em detalhe como exemplos de como a teoria cognitiva de um transtorno clínico específico gera uma abundância de idéias para pesquisa na psicopatologia:

1. A má percepção catastrófica de indícios interoceptivos ocorre no transtorno de pânico de acordo com processos automáticos (inconscientes) bem como conscientes. Prevê-se que pacientes com transtorno de pânico exibirão este conteúdo cognitivo específico durante ataques de pânico (D. M. Clark, 1986).

2. A terapia cognitiva de transtorno de pânico torna-se mais efetiva através do processo de desenvolvimento de habilidades metacognitivas compensatórias, que resultam em desativação destas percepções errôneas ou em mudanças nas crenças/esquemas dos pacientes. A terapia cognitiva, ou qualquer psicoterapia efetiva de transtorno de pânico, pode funcionar por meio deste "fator de consenso" – o desenvolvimento de processamento de informação controlado, deliberativo. Este processamento terá o efeito de reduzir ou eliminar a catastrofização de sensações.

3. Diminuições nos índices de "força-de-crença" no medo ou perigo de conseqüências fisiológicas, psicológicas, ou sociais de sugestões de pânico deveriam ser paralelas ao tratamento efetivo de transtorno de pânico. (Uma questão metodológica que deve ser observada é que os pesquisadores devem ser cuidadosamente treinados em terapia cognitiva, a fim de identificar os processos previstos [Beck, Newman, & Wright, 1989]. Dada a natureza freqüentemente idiossincrásica das distorções na interpretação de sensações fisiológicas, pode não haver substituto para as habilidades clínicas que buscam precisamente descobrir os componentes cognitivos responsáveis pela ativação do pânico em determinados pacientes [ver Yeaton & Sechrest, 1981].)

4. Diminuições nos índices de força-de-crença no perigo de aspectos fisiológicos, psicológicos, ou sociais de sensações de pânico não apenas deveriam ser paralelas ao tratamento efetivo de trans-

torno de pânico, conforme sugerido na hipótese 3 acima, mas também deveriam prever relapso. Análises adicionais dos componentes do tratamento são sem dúvida necessárias, tais como reproduções do estudo de Craske, Brown, e Barlow (1991), que revelou que a reestruturação cognitiva é mais efetiva do que o relaxamento em um acompanhamento de dois anos.

5. O tratamento efetivo não será possível sem melhoras nestes índices cognitivos específicos, conforme sugerido na hipótese 3 acima.

6. Inversamente, o tratamento efetivo sempre será observado todas as vezes que melhoras forem obtidas nestes índices cognitivos específicos, sugerido na hipótese 3 acima.

7. As diminuições relatadas nos índices de força-de-crença feitas durante episódios de pânico ocorrendo naturalmente ou induzidos clinicamente deveriam ser especialmente poderosas em prognosticar diminuição de gravidade de transtorno de pânico.

8. Sensações somáticas semelhantes àquelas relatadas durante um ataque de pânico podem ainda ser relatadas subsequentes à eliminação bem-sucedida de transtorno de pânico. Entretanto, estas sensações são classificadas ou percebidas como relativamente inócuas após tratamento bem-sucedido.

9. Os sintomas cognitivos de transtorno de pânico – pensamentos de morte, de ficar louco, ou de fazer algo incontrolado – teoricamente se relacionam de uma maneira legítima aos sintomas de sensação fisiológica. Especificamente, ao nível fenomenológico é previsto que haja uma ligação percebida entre um os sintomas cognitivos de um determinado paciente de pânico e os sintomas fisiológicos listados no DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Na terminologia de condicionamento moderno (cognitivo), os sintomas fisiológicos (i.e., falta de ar ou sensações de sufocação, tontura, desmaio, palpitações, etc.) estão fenomenologicamente relacionados a, ou são erroneamente representados como, *prognosticadores* de eventos catastróficos. Visto que os ataques de pânico teoricamente envolvem (más) representações catastróficas ou interpretação dos sintomas não-cognitivos, a pesquisa deveria ser dirigida a determinar a nível fenomenológico se os sintomas não-cognitivos estão associados com os temas catastróficos dos sintomas cognitivos.

10. Tratamentos de pânico que se focalizam na reatribuição de sensações deveriam ser mais efetivos do que procedimentos que simplesmente incluem exposição a situações ou sensações de estímulo associadas com pânico. A base para esta hipótese é que embora a exposição sozinha possa freqüentemente resultar em associações (ou previsões) mais adaptativas, ela usualmente não consegue

fazê-lo. (Um estudo de Salkovskis e Clark, 1991, encontrou apoio preliminar para esta hipótese.)

11. Novas pesquisas são necessárias para explicar o papel dos processos metacognitivos nos transtornos clínicos (ver Flavell, 1984). A percepção consciente de processos/conteúdo cognitivos em si mesmos pode ser necessária, mas não suficiente, como um corretivo para a atividade esquemática psicogênica. A pesquisa cognitiva clínica deveria ser dirigida a identificar os fatores necessários para reprocessamento cognitivo adaptativo, uma vez que tal processamento tem sido foco de recursos de atenção. O modelo cognitivo prognosticaria que o conteúdo (teoricamente) psicogênico é geralmente melhor alterado através de uma combinação de procedimentos de encenação e socráticos (descoberta orientada), do que do uso de qualquer um isoladamente. Ele também prognosticaria que as técnicas de representação ou "comportamentais" são efetivas *apenas* na medida em que elas modificam a configuração cognitiva central que estava envolvida no transtorno de pânico – ou seja, atribuição errônea (orientada por estruturas e processos mentais não-conscientes) de sensações inócuas.

### ***Abrangência e Âmbito de Aplicação***

Um desafio central para a integração da psicoterapia é facilitar "o desenvolvimento de uma psicoterapia abrangente baseada em um contexto de trabalho unificado e empírico" (Norcross, 1986, p. 11). Este critério – alcance e abrangência – pareceria ser razoável para qualquer teoria ou sistema de psicoterapia. Por exemplo, mais de 20 anos se passaram desde que Beck exigiu a admissão da terapia cognitiva na "arena terapêutica" (Beck, 1976, p. 337), e bem mais de 30 anos se passaram desde que ele formulou o modelo cognitivo de depressão estimulado pela pesquisa de sonhos e outros materiais ideacionais (Beck, 1961). Ao desenvolver a terapia cognitiva, Beck (1976, p. 308) sugeriu os seguintes critérios como necessários para qualquer sistema de psicoterapia:

1. Uma teoria de psicopatologia abrangente que se articule com a estrutura da psicoterapia específica. Os postulados teóricos devem estar relacionados logicamente uns com os outros, a teoria deve ser internamente consistente, testável, e (dentro de sua própria perspectiva) possuir razoável poder explanatório. (Acrescentados àqueles critérios estão [a] uma teoria da personalidade convincente, e [b] uma teoria do processo de mudança; Beck, 1991a.)

2. Um corpo de conhecimento e de dados empíricos com base clínica que apoiem a teoria.

3. Dados dignos de crédito baseados em estudos de resultados e outros que demonstrem sua efetividade.

Abrangência parece ser um critério útil, em termos tanto da gama de transtornos aos quais ela pode ser aplicada quanto das variáveis às quais os terapeutas estão atentos. Há pouca controvérsia em relação ao âmbito de aplicação da terapia cognitiva (Hollon & Beck, 1994). Além de dar atenção adequada a uma ampla gama de variáveis envolvidas no desenvolvimento e na manutenção de psicopatologia, a terapia cognitiva demonstrou ser efetiva no tratamento de inúmeros transtornos psiquiátricos clínicos: depressão; ansiedade generalizada; transtornos alimentares; abuso de substância; transtorno obsessivo-compulsivo; transtorno bipolar; depressão em pacientes de HIV; transtornos de personalidade esquiva e obsessivo-compulsiva; parafilias; transtorno de estresse pós-traumático; transtorno de personalidade múltipla (agora transtorno dissociativo de identidade); hipocondria; problemas conjugais; esquizofrenia e outros transtornos psicóticos; e outros (Hollon & Beck, 1994).

### *Críticas da Abrangência da Terapia Cognitiva*

A despeito da já demonstrada abrangência da teoria e da terapia cognitiva clínica, Coyne (1994) levantou recentemente a seguinte questão: "Se a teoria cognitiva for considerada a teoria integrativa, então a esfera de psicoterapia integrativa deve encolher. Emoções e processos interpessoais complexos dentro e fora da sessão de terapia são menosprezados ou reduzidos a uma questão de cognição" (p. 404). Ele continua sugerindo que a teoria cognitiva interpreta os estressores interpessoais inteiramente como produtos de julgamento tendencioso ou distorcido. Prochaska e Norcross (1994) levantam uma questão semelhante, como segue:

As terapias cognitivas cometem o mesmo erro mental de muitos pacientes e muitos crentes genuínos – generalização excessiva ... as terapias cognitivas concluem que nada é terrível ou catastrófico. Estas generalizações excessivas negam o lado trágico da vida e colocam um paciente profundamente deprimido pela morte de uma esposa e três filhos na mesma categoria de alguém deprimido pela perda de uma promoção (p. 340-341).

Portanto, houve uma falha em entender a natureza multidimensional da teoria e da terapia cognitivas. Devido a esta situação,

esclareçamos certos aspectos específicos da terapia cognitiva que têm sido foco de interpretações incorretas nos trabalhos de integracionistas.

### *Resposta às Críticas*

Ao responder a esses pontos, voltamos à teoria e à metateoria da terapia cognitiva, conforme exposto nos Capítulos 1 e 2. Os exemplos apresentados acima sugerem que a teoria cognitiva ignora um conjunto de variáveis que nenhum sistema sério de psicoterapia poderia permitir-se ignorar – ou seja, variáveis interpessoais e ambientais. Há mais de 30 anos, Smith (1964) fez uma crítica idêntica: “Há uma negação óbvia da realidade social que se opõe diretamente a, e é incompatível com, uma visão pragmática de mundo” (p. 151). Esta crença equivocada sobrevive na ausência de apoio dos dois principais sistemas cognitivos de psicoterapia. Na verdade, tanto Beck quanto Ellis fizeram tentativas de corrigir esta concepção errônea.

Em resposta à crítica de Smith (1964) acima observada, Ellis (1965) explicou sua teoria da seguinte maneira: “Nós terapeutas racionais-emotivos de maneira nenhuma tentamos (como Smith parece pensar que fazemos) fazer o paciente negar que outros podem atuar [*sic*] adversamente ... Eles podem facilmente, por exemplo, mutilá-lo, matá-lo, colocá-lo na prisão, demití-lo do emprego, etc.” (p. 109). Ele acrescenta ainda: “Não tenho certeza de onde o Dr. Smith tirou esta idéia, visto que os terapeutas racionais-emotivos não desprezam nenhuma resposta ou evento nas vidas dos pacientes ... o profissional racional-emotivo, além disso, freqüentemente concorda com seus pacientes que suas preocupações com bombas de hidrogênio, poluição do ar, injustiças raciais, etc. podem ser legítimas e úteis” (p. 111). Da mesma forma, os terapeutas cognitivos têm reconhecido explicitamente que a própria realidade é com freqüência extremamente perversa (Beck, 1989); tal reconhecimento é fundamental, por exemplo, na terapia cognitiva de pacientes de câncer (Scott, 1989).

O que significa dizer que a terapia cognitiva reduz emoções e processos interpessoais complexos a uma questão de cognição? Provavelmente, a preocupação é que “cognição” na terapia cognitiva pode ser comparada com “pensamento” ou “cálculo” linear. Definida desta maneira, a terapia cognitiva sugeriria uma teoria extremamente simplista para englobar as variáveis complexas envolvidas na psicopatologia (e psicoterapia efetiva). Uma revisão de alguns

conceitos básicos – e da definição de “cognição” – ajudará a explicar esta questão.

Primeiro, a teoria cognitiva é uma teoria sobre o *papel* (não a exclusividade ontológica) da cognição nos inter-relacionamentos entre variáveis como emoção, comportamento e relações interpessoais. “Cognição” inclui toda a gama de variáveis envolvidas no processamento de informação, bem como consciência dos produtos cognitivos. De particular importância no atual contexto, ela inclui consciência dos objetos/eventos que são conhecidos. De acordo com esta definição, cognição é um constructo contextual, interativo. Seu processamento e conteúdo fenomenológico são determinados por (ou respondem a) variáveis ambientais ou contextuais.

A teoria cognitiva sugere que fenômenos internos e externos invadindo o sistema nervoso humano interagem com aquele sistema, e não que aquela cognição humana capta (ou “representa”) diretamente a realidade. Conforme observado anteriormente, o próprio Coyne (1994) expressou a importância de se analisar não apenas “o que está na cabeça,” mas também “como está a cabeça na transação com o mundo interpessoal” (p. 403). Portanto, variáveis dentro do ambiente externo e experiência fenomenológica interna reais são integradas. Esta posição teórica é assumida nas primeiras formulações (p.ex., Beck, 1964) bem como em formulações mais recentes (Beck, 1991b). Certos constructos teóricos básicos, como os esquemas, são de certa forma constructos relacionais. Conforme observamos no Capítulo 2, Beck (1964, p. 562) citou English e English para definir um esquema cognitivo como “o padrão complexo, deduzido como tendo sido gravado na estrutura orgânica pela experiência, que combina com as propriedades do objeto de estímulo apresentado ou da idéia apresentada para determinar como o objeto ou a idéia deve ser percebido e conceitualizado”.

O conceito “pensamentos automáticos” sugere variáveis internas e externas: “*As crenças* relevantes interagem com a situação *simbólica* para produzir os pensamentos automáticos” (Beck, 1991b, p. 370). Dimensões internas (fenomenológicas) e externas (ambientais) estão integradas dentro da posição filosófica e dos constructos teóricos fundamentais da terapia cognitiva. Através de seleção natural, a cognição evoluiu para fazer a mediação entre o ambiente e o organismo humano. Portanto, a teoria cognitiva incorpora não apenas “processamento de informação,” mas também princípios ecológicos (ver Safran & Greenberg, 1986).

Tomando um exemplo que também já foi mencionado no Capítulo 2, terapeutas “experienciais” transmitem suas abordagens terapêuticas por meio de constructos verbais (cognitivos), não-experienciais. Os seres humanos transmitem ou organizam proces-

tos como "comportamento," "experiência," "emoção," ou "a relação terapêutica" através de constructos cognitivos. Além disso, nenhuma outra função psicológica além da cognição fornece esta função organizadora particular.

Visto que a cognição inclui consciência do próprio processo de conhecimento juntamente com os objetos ou eventos que são conhecidos, ela é claramente um constructo contextual, interativo. Colocado de forma mais simples, a consciência humana (cognição) inclui intrinsecamente a interação com o ambiente. Através da organização dos deveres de casa, a aliança cooperativa na terapia cognitiva focaliza-se em (ou "visa" a) eventos em ambientes naturais.

Uma implicação clara resulta do que afirmamos acima: O pressuposto expressado por Coyne (1994) – de que a esfera da psicoterapia integrativa encolherá se a teoria cognitiva for tomada como o paradigma integrativo – não está correto. Na teoria cognitiva, emoções e processos interpessoais complexos dentro (e fora) da sessão de terapia não são ignorados ou "reduzidos" à cognição. Os terapeutas cognitivos consideram e tratam toda a gama de emoções como tal, relacionamentos interpessoais como tais, e uma variedade de outras variáveis e estressores (Beck & Hollon, 1993, p. 91). O fato de que a própria realidade é com frequência extremamente perversa é enfrentado de frente (Beck, 1989; Scott, 1989). Entretanto, ao fazer isto, o terapeuta cognitivo trata o senso do paciente de estar preso numa armadilha e desamparado. Há entendimento empático do impacto do evento triste, seguido pela implementação de métodos de manejo e solução de problemas.

As discussões entre terapeuta e paciente na terapia cognitiva incluem estressores interpessoais e outros ambientais relacionados aos problemas apresentados, e *o dever de casa* é planejado de acordo. Na verdade, os significados pessoais que são o foco central na terapia cognitiva estão tipicamente relacionados a questões sociais vitais, tais como sucesso ou fracasso, aceitação ou rejeição, e respeito ou desprezo (Beck, 1991b, p. 369). A terapia cognitiva trata tipicamente de estados emocionais, sintomas comportamentais, expectativas de melhora, experiências e significados ligados a experiências, e as prováveis conseqüências positivas ou negativas das ações. Portanto, as formulações teóricas cognitivas parecem suficientemente flexíveis para incorporar um âmbito muito amplo de fenômenos e transtornos clínicos dentro dos campos de psicopatologia e psicoterapia. O relacionamento interpessoal entre paciente e terapeuta é de especial importância (p.ex., Beck e col., 1979, Cap. 3).

Também deveria ser salientado que a pessoa típica que busca psicoterapia não espera que o terapeuta intervenha diretamente e mude o contexto social e ambiental que ocorre naturalmente.

Antes, aqueles que buscam terapia tipicamente pedem que o terapeuta ajude a mudar aspectos deles mesmos, ou procuram orientação para modificar suas *reações* a contextos sociais, ambientais e sociais negativos. Naturalmente, uma abordagem pragmática se focalizará quando as circunstâncias permitirem, em mudar condições sociais ou ambientais reais. Entretanto, a mudança de reações pessoais provavelmente continuará sendo a preocupação primária das intervenções psicoterapêuticas.

### **Terapia Cognitiva e Integração Teórica**

Inúmeras questões relevantes à integração teórica foram tratadas em Beck (1991a) e são elaboradas aqui. Estas incluem (1) a proporção em que a teoria cognitiva no passado incorporou outras perspectivas teóricas; (2) a integração de ciências básicas tal como a ciência cognitiva na teoria cognitiva clínica; (3) a questão de se teorias atuais podem aumentar o poder dos axiomas da teoria cognitiva; e (4) a estratégia para assegurar que a teoria da terapia cognitiva não se torne um sistema fechado como a psicanálise clássica, incapaz de modificação.

Ao desenvolver a estrutura teórica da terapia cognitiva, Beck recorreu a outras teorias além de suas próprias observações clínicas. A terapia cognitiva foi em parte derivada de e em parte uma reação contra a psicanálise clássica (Beck, 1967, 1976). A ênfase nos significados, o papel dos símbolos, e a generalização de padrões de reação através de diversas situações foram todos derivativos. Entretanto, descobriu-se que os significados são acessíveis por meio de introspecção, e não requerem a penetração ou evitação de uma parede de repressão a fim de serem elucidados. Outras noções que foram rejeitadas incluíam o modelo predominantemente motivacional, a idéia de instintos proibitivos inconscientes protegidos por mecanismos de defesa, e a importância central ligada aos estágios psicosexuais do desenvolvimento. Neo-freudianos como Horney (e, em menor grau, Sullivan e Adler) contribuíram consideravelmente para as primeiras formulações de Beck. Os escritos de Ellis precederam os de Beck e forneceram apoio à divergência de Beck em relação à psicanálise clássica. Novos constructos teóricos inter-relacionados foram desenvolvidos, incluindo vulnerabilidade cognitiva, princípio cognitivo e especificidade cognitiva. Configurações cognitivas específicas (pensamentos automáticos e crenças básicas) foram identificadas para os vários transtornos clínicos e de personalidade.

Novos constructos teóricos eram testados à medida que surgiam. Afora as contribuições pioneiras de Ellis, a terapia cognitiva

beneficiou-se minimamente das teorias de outros sistemas contemporâneos de psicoterapia, seguindo as formulações mais antigas (Beck, 1964). Mudanças subseqüentes na teoria originaram-se da psicologia cognitiva, da psicologia social e da biologia evolucionária. Beck e outros, tomando uma perspectiva mais ampla sobre a origem e o desenvolvimento de padrões cognitivos, remontaram-nos aos princípios evolucionários de sobrevivência (Beck, 1987a; Beck e col., 1985; Gilbert, 1989).

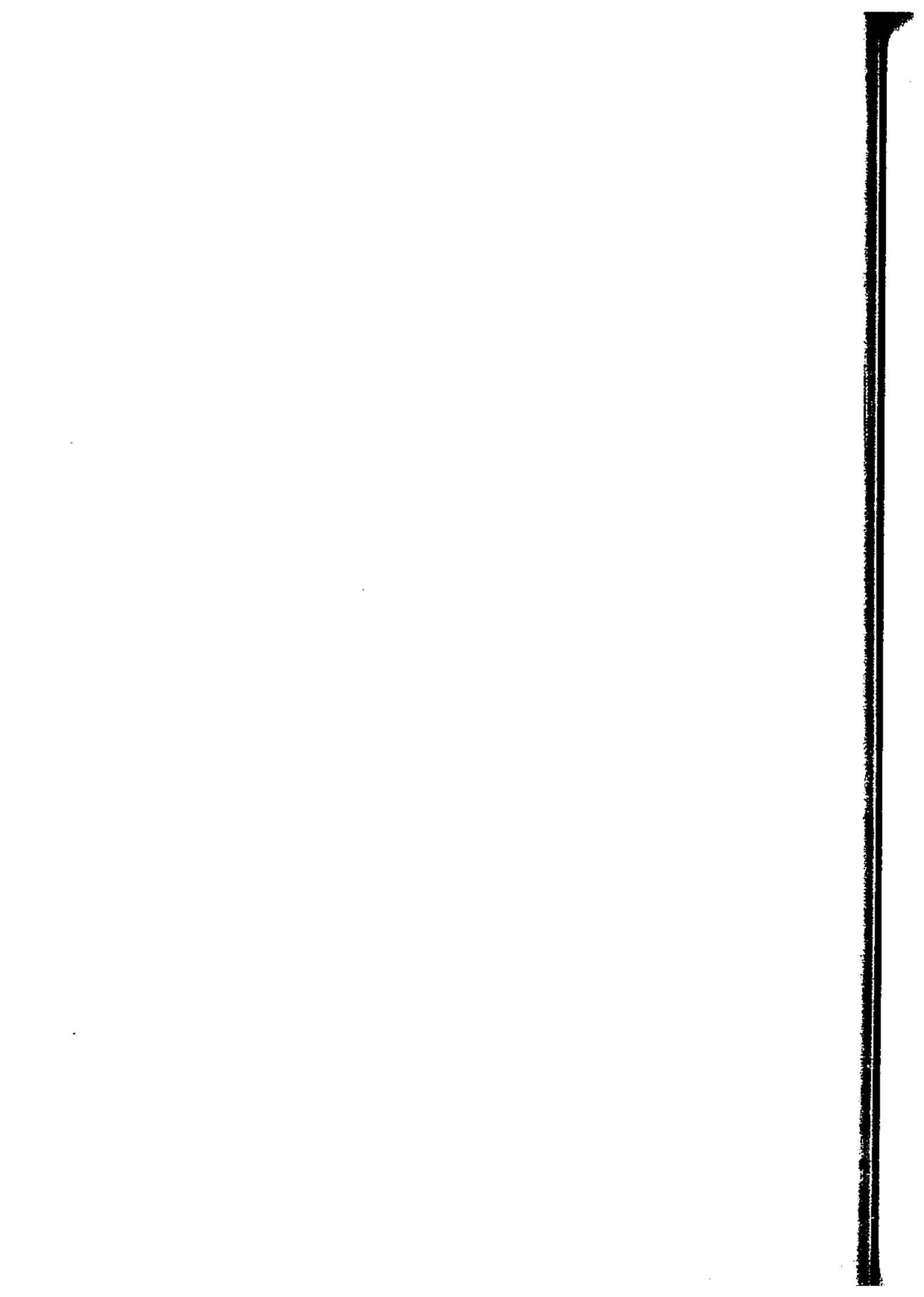
À medida que a teoria cognitiva continuar a se desenvolver, conceitos emergentes nas disciplinas psicológicas tais como psicologia cognitiva e psicologia social provavelmente serão de muito maior importância do que as influências de outras escolas de psicoterapia (Hollon & Garber, 1990) e a integração com a teoria dos outros sistemas de psicoterapia. A teoria de processamento de informação de personalidade e psicopatologia (Beck, 1987a) discorda de outros sistemas de psicoterapia, de modo que as tentativas de uma integração teórica poderiam resultar em inconsistência lógica (Beck, 1991a).

A maior parte das teorias de psicopatologia e psicoterapia pouco podem acrescentar ao poder explanatório da teoria cognitiva. Além disso, há uma quantidade mínima de teorias sustentando a terapia de Gestalt ou a terapia Eriksoniana, por exemplo. Na medida em que princípios empiricamente validados são encontrados dentro de outros sistemas, muitos destes já foram incorporados dentro de formulações cognitivas. Além disso, o behaviorismo como uma das abordagens mais completamente validadas tornou-se agora bastante diferente como resultado da "revolução cognitiva"; constructos cognitivos substituíram noções mais antigas.

Visto que muitos pesquisadores continuam a envolver-se em estudos sistemáticos para testar os modelos conceituais de terapia cognitiva, esta muito provavelmente não se tornará um sistema fechado, como a psicanálise clássica se tornou. O progresso teórico na terapia cognitiva virá não da fusão com outras teorias, mas das investigações clínicas e experimentais de hipóteses derivadas dos axiomas formais da teoria cognitiva. Quando uma hipótese particular não se sustenta, a base teórica da hipótese será conseqüentemente modificada. Por outro lado, uma vez que grande parte da teoria da terapia cognitiva é consistente com as disciplinas psicológicas básicas, a ulterior evolução da teoria cognitiva clínica provavelmente virá da pesquisa experimental de psicopatologia e da pesquisa psicológica básica. A experimentação na psicologia cognitiva ou social fornece testes dos conceitos básicos de terapia cognitiva. Os outros sistemas de psicoterapia podem servir como fontes de técnicas e procedimentos terapêuticos, contanto que eles sejam congruentes com a terapia cognitiva (Beck, 1991a).

## **Conclusões**

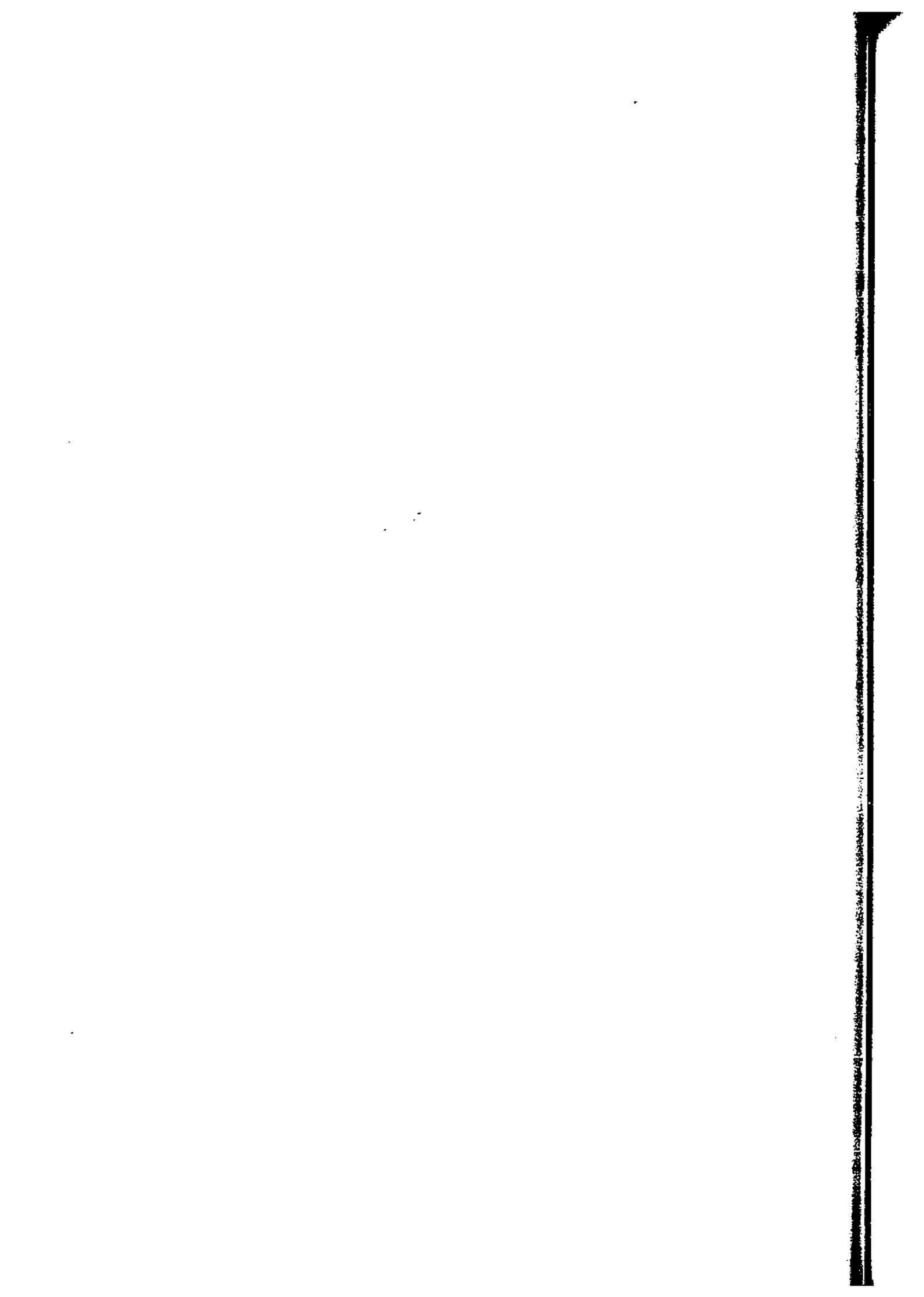
Em conclusão, focalizamo-nos aqui no papel da teoria dentro de um sistema científico de psicoterapia, e na maneira pela qual a terapia cognitiva satisfaz os critérios para uma teoria científica. Consideramos quatro critérios: (1) consistência teórica; (2) parcimônia; (3) testabilidade; e (4) âmbito de aplicação clínica. Embora a estrutura teórica da terapia cognitiva não incorpore os constructos teóricos dos outros sistemas de psicoterapia, ela fornece um paradigma amplo (contudo coerente) para orientar a prática clínica. A terapia cognitiva fornece uma estrutura teórica unificadora dentro da qual as técnicas clínicas de outras abordagens estabelecidas e validadas podem ser adequadamente incorporadas. Pela assimilação de técnicas comprovadas que sejam teoricamente consistentes com a perspectiva cognitiva, a terapia cognitiva fornece um paradigma integrativo para a prática clínica que é ao mesmo tempo coerente e evolucionário.





Parte III

Terapia cognitiva  
como terapia  
integrativa:  
exemplos na teoria e  
na prática clínica



# 6

## Transtorno de pânico: a convergência de modelos de condicionamento e cognitivos

Embora a possibilidade de integrar modelos de condicionamento e modelos cognitivos de transtorno de pânico tenha sido recentemente sugerida (Davey, 1992; Rapee, 1991a; Rescorla, 1987, 1988), a teoria cognitiva do transtorno de pânico continua sendo vista geralmente como inconsistente com a teoria do condicionamento (p.ex., Seligman, 1988; Wolpe & Rowan, 1988). Além disso, e de acordo com as supostas formulações teóricas divergentes, as *terapias* de condicionamento e cognitivas para transtorno de pânico contemporâneas existentes são tipicamente apresentadas como abordagens psicoterapêuticas distintas (p.ex., Barlow, 1988; Beck & Emery, 1979; Beck e col., 1985; D. M. Clark, 1986).

Neste capítulo, propomos uma integração teórica e sugerimos uma sobreposição entre conceitos derivados de observações clínicas e das disciplinas psicológicas básicas (Beck, 1991a, p. 193; Dalgleish & Watts, 1990; MacLeod & Mathews, 1991). (Staats, 1991, usou o termo "análise da teoria unificadora" para descrever este processo de "retificar a redundância imensa, não-tratada na psicologia" [p. 905].) Nós esclarecemos como a teoria cognitiva do pânico se relaciona às teorias do condicionamento contemporâneas. Em nível de processo, demonstramos que a divergência teórica entre terapias de condicionamento e terapias cognitivas de transtorno de pânico é indefensável.

### **Modelos de Condicionamento e Modelos Cognitivos de Transtorno de Pânico**

McNally (1990) identificou três perspectivas teóricas contemporâneas sobre transtorno de pânico: de condicionamento, de per-

sonalidade e cognitiva. Sua análise fornece revisões empíricas e conceituais separadas para cada um destes modelos (para revisões adicionais, ver Gelder, 1986; Michelson & Marchione, 1991; Rapee, 1987, 1991b). O foco atual é sobre a sobreposição conceitual entre dois destes: teorias de condicionamento e cognitivas. Nesta seção é apresentada uma breve história de cada perspectiva, e exemplos terapêuticos destas perspectivas são revisados. Também deveria ser observado que embora fatores genéticos (e provavelmente bioquímicos) tenham sido implicados no transtorno de pânico (p.ex., Crowe, 1990; Klein, 1981), não estamos tratando deles aqui.

## ***Modelos de Condicionamento***

### *Desenvolvimento do Conceito "Condicionamento da Ansiedade"*

Um dos primeiros e mais influentes estudos citados em apoio aos modelos de condicionamento da ansiedade foi o caso do Pequeno Albert (Watson & Rayner, 1920). Neste estudo, verificou-se que o jovem Albert exibia medo à apresentação de um rato após diversas ocasiões de combinação do rato (EC) com um ruído alto (ENC). O aparente medo condicionado generalizava-se para objetos peludos semelhantes, como um coelho.

Pesquisas subseqüentes revelaram que os efeitos de condicionamento da ansiedade em seres humanos são limitados e dependem de variáveis como aspectos do estímulo, experiência anterior com EC e ENC, e características dos aprendizes (para revisões, ver Chance, 1988; Marks, 1987b). Por exemplo, os conceitos de "preparação" (Seligman, 1971) e "prepotência" (Marks, 1987b) foram úteis para chamar a atenção para o papel dos mecanismos evolucionários de sobrevivência (em vez de uma simples relação contígua entre EC e ENC) na determinação da operação do condicionamento clássico (ver também Beck e col., 1985). Além disso, os dados sugerem que os fatores de desenvolvimento ou amadurecimento podem determinar quais estímulos ambientais produzem respostas de medo em várias idades cronológicas (Marks & Gelder, 1966). Uma revisão abrangente de relatos teóricos do condicionamento clássico de ansiedade está, naturalmente, além do alcance do presente capítulo; entretanto, o tema foi revisado por Marks (1987b, p. 247-256) e Barlow (1988, p. 222-225).

### *Primeiras Aplicações e Elaborações*

A despeito do trabalho limitado dedicado à reprodução do estudo de Watson e Rayner (1920), e apesar das falhas em reproduzir seus resultados quando um tipo diferente de EC foi usado (ver Marks, 1987b), o modelo de condicionamento clássico Pavloviano foi considerado útil por behavioristas para planejar tratamentos clínicos de ansiedade. Por exemplo, após combinar relaxamento com imaginário evocador de ansiedade, Joseph Wolpe postulou um processo de "inibição recíproca" na qual respostas de ansiedade são neutralizadas por respostas de relaxamento (Wolpe & Rowan, 1988). Outros teóricos da aprendizagem (como Isaac Marks) discordaram do relato de Wolpe sobre o mecanismo subjacente ao processo de condicionamento. Para explicar os efeitos terapêuticos observados em tratamentos comportamentais de ansiedade, Marks (1987a, 1987b) sugeriu em vez disso o princípio de "exposição" como um caminho comum para mudança clínica nos transtornos de ansiedade. Marks argumentou que uma vez que a exposição sozinha é tão efetiva quanto outros tratamentos, "componentes redundantes" como relaxamento podem ser eliminados (1987b, p. 458).

Conforme observado acima, os teóricos do condicionamento concordam em relação ao mérito relativo de conceitos como "inibição recíproca" e "exposição" como elementos terapêuticos no processo de tratamento da ansiedade. Entretanto, há semelhanças básicas. Em qualquer caso (seja inibição recíproca ou mecanismos de exposição simples), o condicionamento clássico é visto como um processo reflexivo, automático, no qual níveis cognitivos e experienciais (níveis conscientes, deliberativos) desempenham pouco ou nenhum papel.

Esta semelhança entre modelos de condicionamento – uma conceitualização de ansiedade baseada em noções de aprendizagem associativa como um processo "mecânico", automático, de nível inferior – identifica abordagens comportamentais não-cognitivas à aprendizagem e é bastante relevante no atual contexto. Portanto, as várias discussões com relação a processos de condicionamento observadas acima serão ignoradas, embora leitores interessados possam desejar obter análises mais refinadas sobre este tema, particularmente conforme enunciadas por Marks (1987b).

### *Aplicações Contemporâneas para Transtorno de Pânico*

As abordagens de condicionamento a transtorno de pânico e agorafobia alcançaram maior proeminência após a publicação de

estudos de resultados (e de acompanhamento) controlados bem-sucedidos no *British Journal of Psychiatry* (Gelder & Marks, 1966; Marks, 1971). A terapia de grupo utilizando o modelo de condicionamento também revelou-se efetiva (Hand, Lamontagne, & Marks, 1974), e um estudo controlado realizado por Marks e col. (1983) foi publicado no *Archives of General Psychiatry*. No estudo de 1983, 45 agorafóbicos foram aleatoriamente designados a um de quatro grupos de tratamento: (1) imipramina (doses de 200 mg/dia por 28 dias) mais exposição assistida por terapeuta, (2) imipramina mais relaxamento assistido por terapeuta, (3) 25 mg de comprimidos de placebo (idênticos na aparência aos comprimidos de imipramina) mais exposição assistida por terapeuta, ou (4) 25 mg de comprimidos de placebo mais relaxamento assistido por terapeuta.

Os resultados globais de Marks e col. (1983) não demonstraram superioridade da imipramina sobre o placebo (exceto na semana 12 em uma de sete medidas), mas demonstraram superioridade de exposição sobre relaxamento em medidas de fobia total, em uma das escalas de "fobia global," em escores de ansiedade-depressão, e em ataques de pânico espontâneos na última semana. Entretanto, a superioridade da exposição comparada a relaxamento foi descrita como "ligeira," e o efeito não persistiu em um acompanhamento de um ano. Os autores concluíram, de acordo com outros estudos, que a terapia comportamental é um tratamento efetivo para fobias e para transtornos de pânico (para uma revisão, ver Marks, 1987a).

Uma outra abordagem comportamental importante para transtorno de pânico é o tratamento desenvolvido por David Barlow e associados (p.ex., Barlow, Craske, Cerny, & Klosko, 1989). Uma revisão conceitual da abordagem de Barlow ao tratamento de transtorno de pânico mostra que ele incorporou formulações cognitivas bem como de condicionamento. Os elementos de tratamento, por exemplo, incluem relaxamento muscular progressivo aplicado, exposição e "reestruturação cognitiva" (Barlow e col., 1989). Embora Barlow tenha incorporado abordagens cognitivas e comportamentais, ele explicitamente denomina esta abordagem de "tratamento comportamental."

Portanto, os supostos mecanismos de ação do modelo comportamental de Barlow não são definidos. O componente de "reestruturação cognitiva" é empregado como uma *técnica* apenas. Ou seja, este componente não parece ser conceitualizado em termos do objetivo da terapia e do mecanismo teórico de mudança terapêutica em torno do qual estratégias de tratamento individualizadas são construídas (como em Persons, 1989); antes, ele é utilizado de uma maneira que A. A. Lazarus (1967) chamou de "tecnicamente eclética." Neste contexto, não é explicado como a reestruturação cognitiva se

relaciona à teoria comportamental. Para ser baseada na teoria comportamental, uma intervenção teria que ser derivada de experiências de aprendizagem básicas e extrapolada para intervenção clínica (Kazdin, 1978).

Rachman (1990) declarou "Um veredito sobre a eficácia da terapia de condicionamento deve aguardar experiências clínicas (adicionais controladas), mas há suficiente evidência sobre os efeitos da terapia cognitiva para permitir uma avaliação preliminar" (p. 144). Em relação à questão da situação clínica de terapias de condicionamento puras, um estudo recente considerou a exposição simples (um procedimento comportamental) ineficaz para reduzir pânico quando o foco na interpretação errônea de sensações corporais não foi incluído (Salkovskis & Clark, 1991). Semelhantemente, o trabalho de Barlow demonstrou a maior eficácia dos componentes de terapia cognitiva. Por exemplo, uma análise de componentes do tratamento demonstrou que a reestruturação cognitiva controlou ataques de pânico mais efetivamente do que o relaxamento muscular progressivo, tanto após o tratamento quanto em um acompanhamento de dois anos (Craske e col., 1991); a percepção de vulnerabilidade está associada com ataques de pânico (Rapee, Telfer, & Barlow, 1991); e, de acordo com a teoria cognitiva (que especifica percepções errôneas de estímulos ou sensações somáticas), os estressores mais freqüentemente relatados nos ataques de pânico iniciais são de natureza somática (Craske, Miller, Rotunda, & Barlow, 1990).

## **Modelos Cognitivos**

### *Primeiros Estudos Cognitivos*

Os antecedentes intelectuais da abordagem cognitiva do transtorno de pânico (e outros transtornos emocionais) têm uma longa história (ver R. S. Lazarus, 1991a). Em um artigo sobre Morton Prince, fundador do *Journal of Abnormal Psychology*, Oltmanns e Mineka (1992) sugerem o valor de se considerar as bases históricas de formulações contemporâneas de psicopatologia. Oltmanns e Mineka (1992, p. 608) demonstram como, em um estudo de caso de transtorno de pânico, Prince invocou a noção de processamento cognitivo pré-consciente de uma maneira semelhante aos elementos cognitivos da abordagem de Barlow e às abordagens contemporâneas de Beck e Clark (ver abaixo). Entretanto, as implicações práticas destas formulações dependiam largamente do desenvolvimento das abordagens cognitivas ao tratamento clínico. Na verdade, a terapia cognitiva tem dado particular atenção ao tratamento de trans-

torno de pânico (Beck, 1988a; Beck & Emery, 1979; Beck et al., 1985; Beck & Greenberg, 1988; Beck, Laude, & Bohnert, 1974; Beck, Sokol, Clark, Berchick, & Wright, 1992; D. M. Clark, 1986; D. M. Clark et al., 1992; Salkovskis & Clark, 1986, 1990).

Um primeiro estudo cognitivo de transtorno de pânico, publicado no *Archive of General Psychiatry*, foi conduzido por Beck e col. (1974). O foco principal era descobrir a relação entre cognições e ansiedade. Na época deste estudo, o DSM-II era o sistema de classificação usado para o diagnóstico de transtornos mentais. Neurose de ansiedade era definida no DSM-II como segue:

Esta neurose é caracterizada por excessiva preocupação ansiosa *aumentando para pânico e freqüentemente associada com sintomas somáticos*. Ao contrário de Neurose Fóbica (q.v.), a ansiedade pode ocorrer sob quaisquer circunstâncias e não é restrita a situações ou objetos específicos. Este transtorno deve ser diferenciado de apreensão ou medo normal, que ocorre em situações realisticamente perigosas. (American Psychiatric Association, 1968, p. 39; ênfase acrescentada)

Neste estudo, Beck e col. (1974, p. 320) analisaram o conteúdo ideacional de 32 pacientes de ansiedade, e verificaram que (1) estes pacientes tinham freqüentes pensamentos e imagens relevantes ao tema de perigo, e (2) a postulada ideação (temas de perigo) estava temporariamente ligada à ansiedade e estava envolvida na provocação e na intensificação da ansiedade. Dois desses 32 pacientes descreveram ataques de ansiedade aguda, cujos "estímulos de ativação" enquadravam-se em três categorias: *catástrofe social, física, e psicológica*.

Beck e col., (1974), p. 324) também descreveram como os pacientes ansiosos diferem de indivíduos normais pela percepção errônea de situações inócuas como perigosas, e pela perseveração em pensamentos e imagens sobre ser física ou psicologicamente ferido. Além disso, foi proposto um modelo de suscetibilidade a estresse como segue: "o modelo estipula que como resultado de certos tipos de estresse que atingem as vulnerabilidades de uma pessoa, seus conceitos (esquemas) relevantes a perigo se tornam ativados. Estes esquemas de 'perigo' se tornam preponderantes e apropriam-se da organização cognitiva" (Beck e col., 1974, p. 324).

Elaborações mais detalhadas da teoria e da terapia cognitiva de transtorno de pânico foram publicadas subsequenteemente. Por exemplo, o Capítulo 6 do livro de Beck (1976), intitulado "O Alarme é Pior do que o Incêndio," expressava a noção do círculo vicioso do pânico (ver especialmente p. 149-151, a seção "Espiral de Medo e Ansiedade"). De particular importância às formulações contemporâneas e à integração teórica são a descrição de "conseqüências catastróficas" fantasiadas identificadas em um professor universitá-

rio que chegou à emergência de um hospital queixando-se de pânico (p. 148), e a discussão de "generalização do estímulo" e a fixação involuntária de recursos de atenção no transtorno de pânico (p. 152). Além do desenvolvimento da teoria cognitiva, inúmeros estudos de resultado foram conduzidos para avaliar a validade empírica da abordagem de tratamento cognitivo (p.ex., Beck e col., 1992; D. M. Clark e col., 1992; Sokol, Beck, Greenberg, Berchick, & Wright, 1989).

### *Convergência entre Modelos Cognitivos*

Considerável atenção tem sido dada aos modelos cognitivos contemporâneos de transtorno de pânico, incluindo as abordagens enunciadas por Beck e col. (1985) e por D. M. Clark (1986). (De acordo com uma análise do *Social Science Citation Index* do *Science Citation Index* [E. Garfield, 1992], o ensaio de Clark foi o segundo artigo mais frequentemente citado em todos os jornais de psicologia de 1987 a 1991.) De acordo com o modelo de Clark, a essência do transtorno de pânico é a interpretação errônea catastrófica de certas sensações corporais; ou seja, respostas de ansiedade normais (como palpitações) são percebidas como muito mais perigosas do que realmente são. Neste modelo, quando estímulos internos ou externos são percebidos como ameaçadores, a preocupação aumenta, e isto resulta em sensações físicas que são interpretadas como catastróficas (ver D. M. Clark, 1986; D. M. Clark, Salkovskis, & Chalkley, 1985).

O modelo de Clark é consistente com a teoria de Beck e col. (D. M. Clark, 1986, p. 462, nota de rodapé). Uma comparação dos dois sugere uma identidade de conceitualizações, embora termos um pouco diferentes sejam usados. Beck e col. (1985) descrevem o desenvolvimento de pânico como segue:

Em muitos casos, a progressão para um ataque de pânico começa com um período de "tensão" derivando de problemas existenciais ... Em algum ponto na progressão de um ataque de pânico específico, os sintomas se intensificam para além da capacidade da pessoa de não levá-los em consideração ou de funcionar efetivamente. Sua interpretação de súbitos sintomas incontrolláveis como sinais de desastre físico ou mental iminente acelera então o processo até a ocorrência do pânico totalmente desenvolvido. (p. 136)

Na teoria de transtorno de pânico de Beck e col., o pânico começa com algum tipo de experiência que o indivíduo não pode atribuir a alguma coisa normal e que tem para este indivíduo os sinais inequívocos de um fenômeno anormal. Portanto, há uma atribuição patológica ao sintoma físico, afetivo, ou psicológico anormal

(desmaio, raiva, desorientação). Ocorre um processamento esquemático (significado) no qual eventos são interpretados em termos de esquemas de vulnerabilidade. Então ocorre a atribuição errônea automática de conteúdo específico. (Note como aspectos dos dois modelos se sobrepõem: "interpretação errônea catastrófica" [D. M. Clark, 1986, p. 462, nota de rodapé] e "interpretação de sintomas como sinais de desastre físico ou mental iminente" [Beck e col., 1985, p. 136] ou "conseqüências catastróficas" fantasiadas [Beck, 1976, p. 148] são equivalentes.) Esta falsa atribuição é estruturada na forma de um medo, "perigo iminente", que leva então à ansiedade.

Neste ponto, a sensação de medo é ativada dentro de sistemas cognitivos, afetivos e motivacionais-comportamentais. Entretanto, ainda não há ataque de pânico. É apenas no ponto seguinte, onde a atenção do indivíduo se fixa (1) nos sintomas físicos, afetivos, ou psicológicos e (2) nas terríveis conseqüências, que a pessoa começa a entrar em um ataque de pânico. Mas não é considerado um ataque de pânico real até que o círculo vicioso tenha se estabelecido e a ansiedade e as sensações anormais aumentem progressivamente (ver Figura 6.1, "O PÂNICO COMEÇA AQUI"). O círculo vicioso consiste na crescente ansiedade sendo "lida" como confirmação de estar havendo um desastre interno de algum tipo. Portanto, a teoria de Beck e colegas sobre transtorno de pânico incorpora os princípios cognitivos de processamento cognitivo inconsciente (automático), o "círculo vicioso," os recursos de atenção transfixados, e a especificidade do conteúdo cognitivo.

### *Acesso ao Inconsciente*

Na terapia cognitiva do pânico, o paciente aprende a identificar sensações fisiológicas e pensamentos negativos automáticos associados com as sensações. Uma vez que isto tenha ocorrido, o paciente é capaz de alcançar um senso de distância ou objetividade em relação a pensamentos desagradáveis. Baumbacher (1989) apresentou uma formulação teórica semelhante em relação ao papel da "ansiedade sinal" na etiologia do transtorno de pânico. Baumbacher conceitualiza ansiedade sinal como "uma experiência subjetiva que pode ser percebida erroneamente ou não ser percebida por múltiplas razões" (1989, p. 75), e explica a maneira na qual esta percepção errônea, ou falta de percepção, pode levar a pânico. A terapia cognitiva de transtorno de pânico é designada para aumentar a sensibilidade do paciente a (e interpretação realística de) respostas ou sensações fisiológicas normais associadas com ansiedade. Se percebidas erroneamente, estas respostas podem aumentar progressi-

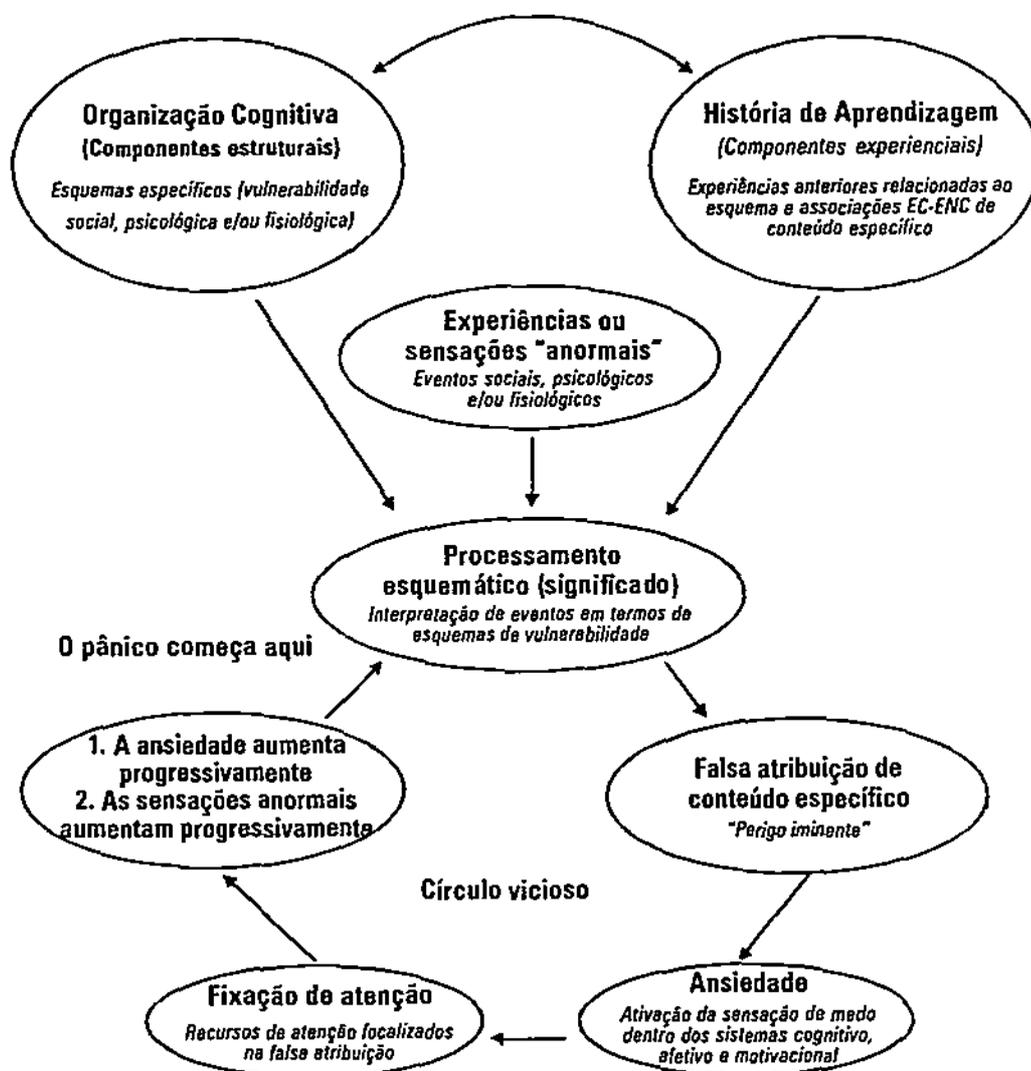


FIGURA 6.1 Componentes cognitivos e de condicionamento de transtorno de pânico.

vamente através de interpretações errôneas catastróficas em um “círculo vicioso,” levando a pânico. Da mesma forma, se as sensações fisiológicas relevantes e as cognições associadas (referidas por Baumbach, 1989, como “ansiedade sinal”) não são conscientemente percebidas, os sintomas podem aumentar progressivamente até o estágio ponto de pânico (Alford, 1993a; Alford, Beck, Freeman, & Wright, 1990). Portanto, é correto dizer que a terapia cognitiva visa tornar conscientes certos processos que são inicialmente inconscientes.

### A Congruência de Modelos de Condicionamento e Cognitivos

A perspectiva construtivista da mais importante corrente das terapias cognitivas está de acordo com a posição implícita dos mo-

delos de condicionamento clássicos, embora esta consistência ainda não tenha sido explicitamente tratada por teóricos do condicionamento clínico. Os conceitos centrais do condicionamento incluem estímulos condicionados e não-condicionados (EC e ENC) e respostas condicionadas e não-condicionadas (RC e RNC). Subentendido no suposto processo de respostas de ansiedade "não-aprendidas" (através de técnicas de recondicionamento como exposição simples ou relaxamento combinado com ansiedade) está a noção de que tais respostas (construções) não correspondem às demandas do ambiente da pessoa (realismo). Amplamente formuladas, as duas perspectivas concordam que ansiedade maladaptativa como ataques de pânico representam (1) atividades comportamentais ou cognitivas desordenadas ("respostas maladaptativas" na teoria do condicionamento, ou "construções falhas" na teoria cognitiva), em relação a (2) uma situação ambiental real ("situações de estímulo" na teoria do condicionamento, ou "realidade" na teoria cognitiva).

Além disso, há uma semelhança entre os constructos teóricos centrais das duas perspectivas. A associação EC-ENC que supostamente leva a uma resposta de ansiedade maladaptativa é análoga na teoria cognitiva a uma associação entre *sensações (EC)* e a interpretação destas como representando *perigo iminente (ENC)*. As sensações idiossincrásicas específicas (EC) ativam automática ou reflexivamente o conteúdo cognitivo "perigo iminente" (ENC) (ver Kreitler & Kreitler, 1982), e é este processamento associativo automático repetido que leva ao círculo vicioso. Davey (1992) acrescentaria que a associação EC-ENC é mediada por expectativa, e que a representação e a avaliação cognitivas do EC (mais do que o EC em si) são o que determinam a resposta de ansiedade. Esta posição está inteiramente de acordo com a teoria cognitiva (ver Davey, 1992).

### ***Teoria do Condicionamento Contemporânea***

Muito da teoria do condicionamento clássico (p.ex., Dickinson, 1980; Mackintosh, 1983) parece complementar à perspectiva de aprendizagem cognitiva da qual a teoria da atribuição errônea se deriva. Por exemplo, ao contrário do ponto de vista anterior de que o pânico se desenvolve simplesmente quando "a ansiedade de pânico se torna condicionada a estímulos contíguos" (Wolpe & Rowan, 1988, p. 446), o condicionamento Pavloviano contemporâneo "ênfatisa a informação que um estímulo dá sobre um outro. Sabemos agora que o arranjo para que dois eventos bem processados sejam contíguos não precisa produzir uma associação entre eles; nem a falha

em arranjar contigüidade impede a aprendizagem associativa" (Rescorla, 1988, p. 152).

Entretanto, os modelos de condicionamento contemporâneos ainda precisam achar seu caminho nas formulações clínicas (Reiss, 1980). Siddle e Remington (1987) afirmaram que "a abordagem ao condicionamento Pavloviano adotado por muitos daqueles interessados em psicopatologia experimental envolve um modelo de condicionamento que foi rejeitado por muitos teóricos da aprendizagem animal nos últimos 20 anos" (p. 139). De particular importância é a desconsideração de fenômenos de condicionamento (p.ex., reavaliação pós-condicionamento, bloqueio, pré-condicionamento sensorial) que apoiam o papel de processos cognitivos mesmo nos mais simples paradigmas de aprendizagem (Kreitler & Kreitler, 1982), desse modo desafiando a teoria de contigüidade EC-ENC (ver Davey, 1987b, 1992; Siddle & Remington, 1987).

A evidência para a desatenção a formulações atuais é encontrada em um artigo de Wolpe e Rowan (1988), que apresenta explicitamente a teoria cognitiva do transtorno de pânico como inconsistente com a teoria do condicionamento, desconsiderando inúmeros achados empíricos e desenvolvimentos teóricos contemporâneos no condicionamento Pavloviano (p.ex., Davey, 1987a; Dickinson, 1980, 1987; Mackintosh, 1983; Reiss, 1980; Rescorla, 1988). Neste exemplo de teorização comportamental não-cognitiva nesta área, Wolpe e Rowan (1988) afirmam que a contigüidade é necessária e suficiente para criar uma associação entre os dois eventos de interesse (p.ex., estímulos fisiológicos e pânico). Contudo, estudos no condicionamento Pavloviano têm demonstrado que esta é uma explicação inadequada para condicionamento (Brewer, 1974; Davey, 1987a; Eifert & Evans, 1990; Mackintosh, 1983; Martin & Levey, 1985; Rescorla, 1988; Testa, 1974).

Para tomar um exemplo diretamente aplicável à teoria cognitiva de transtorno de pânico, os modelos animais Pavlovianos contemporâneos (cognitivos) tratam da observação de que o RC pode ser modificado pela manipulação da presente *avaliação* do ENC (Holland & Rescorla, 1975; Holland & Straub, 1979; Rescorla & Holland, 1977). Quando Holland e Rescorla (1975) submeteram seus indivíduos a procedimentos de "reavaliação pós-condicionamento" no ENC após condicionamento a um EC (p.ex., reduzindo o sabor do ENC de comida através de sua associação com doença), eles verificaram que as respostas ao EC eram inexplicavelmente afetadas (ver também Davey, 1987b; Revusky, 1977). Os achados destes procedimentos levaram os pesquisadores a postular a presença de variáveis cognitivas (p.ex., memórias) que facilitam a previsão do USC pelo EC; a simples operação de reflexos mecanísticos S-R não é

mais admitida (Davey, 1987b; Holland & Straub, 1979; Rescorla & Holland, 1977). Portanto, as teorias de processo de condicionamento e processo cognitivo parecem agora indistinguíveis (ver também Rapee, 1991a).

### ***Fenomenologia de Ataques de Pânico***

De acordo com o modelo contemporâneo de condicionamento Pavloviano, o condicionamento envolve "a aprendizagem de relações entre eventos de modo a permitir que o organismo represente seu ambiente" (Rescorla 1988, p. 151; ver também Davey, 1987a, 1987b; Dickinson, 1980, 1987; Mackintosh, 1983; e Rescorla, 1988). Esta visão é conceitualmente idêntica à perspectiva cognitiva (Beck e col., 1985; Beck & Greenberg, 1988).

A reformulação teórica de condicionamento para refletir processos cognitivos foi aplicada a fenômenos de condicionamento operante e clássico (ver Rescorla, 1987). (Com relação ao condicionamento *humano* operante [instrumental], os cognitivistas observam que o conceito de reforço de Skinner poderia, neste contexto, ser melhor conceitualizado em termos de expectativas pelas consequências de ações e suas subseqüentes avaliações.) Uma comparação destas áreas de pesquisa aparentemente divergentes (condicionamento *vs.* o modelo cognitivo) revela que elas têm pressupostos filosóficos comuns, uma ênfase compartilhada em um nível empírico de análise, e constructos explanatórios teoricamente idênticos (ver Beck, 1970a). A cognição, ou aprendizagem, é vista como o processo de representação de relações complexas entre eventos de modo a facilitar a adaptação a ambientes variáveis (Beck et al, 1985; Rescorla, 1987, 1988).

Os teóricos cognitivos simplesmente buscam obter um quadro mais completo desta representação (aprendizagem) através da atenção aos aspectos idiossincrásicos e fenomenológicos das relações entre eventos. A abordagem fenomenológica é um dos componentes centrais da teoria cognitiva, em geral, e da teoria cognitiva do transtorno de pânico, em particular. Em contraste, os modelos de condicionamento clássico concentram-se em observar as relações entre os eventos. Possíveis percepções idiossincrásicas destas relações, e seu conteúdo qualitativo ou seu significado para a sobrevivência, não foram tratadas nos primeiros modelos de condicionamento.

Além disso, a teoria cognitiva do transtorno de pânico apresenta um conteúdo cognitivo específico - ou seja, interpretações errôneas catastróficas de sensações fisiológicas associadas com res-

posta normal à ansiedade (Beck e col., 1974, 1985; Beck & Greenberg, 1988; D. M. Clark, 1986; Hibbert, 1984), aumentando progressivamente em um "círculo vicioso". A etiologia é descrita em termos de processamento de informações distorcido (Beck, 1976; Beck e col., 1985), ou, em termos de condicionamento Pavloviano contemporâneo, (más) representações de relações entre eventos (ver Rescorla, 1988). Entretanto, a teoria cognitiva aumenta a especificidade desta explicação postulando a natureza ou *conteúdo* preciso destas (más) representações (p.ex., taxa cardíaca rápida = "ataque cardíaco") e sua importância no entendimento da etiologia da resposta de pânico (Beck & Greenberg, 1988). Pesquisadores na ciência psicológica básica, como R. S. Lazarus (1991c), observaram recentemente a importância desta perspectiva fenomenológica no entendimento da resposta emocional.

Embora variáveis "externas" ou "públicas", que são tradicionalmente o foco de paradigmas de condicionamento clássico, não sejam negadas, a teoria cognitiva enfatiza fatores "internos" (i.e., atribuição errônea). No trabalho original de Pavlov com animais, o foco nestes eventos internos era impossível (Pavlov, 1927). Entretanto, em estudos de condicionamento subseqüentes com seres humanos, o foco foi deslocado para incluir processos cognitivos (Davey, 1987a). Portanto, o fato de que dados fenomenológicos, ou comportamentos "privados" (Skinner, 1963), constituem um foco de pesquisa cognitiva sobre pânico não indicam incompatibilidade entre as interpretações cognitivas e de condicionamento. Em vez disso, a perspectiva cognitiva simplesmente aplica-se a ambos os níveis de análise - o nível fisiológico (p.ex., eventos de estímulo bizarro, sensações idiossincrásicas associadas com ansiedade) e o nível psicológico (interpretações errôneas catastróficas) - no modelo cognitivo de pânico.

### ***Processos Cognitivo e de Condicionamento no Transtorno de Pânico***

Já é evidente há algum tempo que as psicoterapias cognitiva e comportamental têm muito em comum (ver p.ex., Beck, 1970a; Michelson & Marchione, 1991). Entretanto, avanços na ciência psicológica básica apenas recentemente forneceram evidências consistentes com a convergência de mecanismos de ação, ou processos terapêuticos, entre estas duas abordagens (Rapee, 1991a; Rescorla, 1987, 1988). Os processos terapêuticos que operam nas terapias de condicionamento e cognitivas incluem a modificação do pensamento disfuncional; a melhora durável teoricamente resulta da modifi-

cação de crenças disfuncionais. (O conteúdo específico de pensamento (e crenças) e os processos cognitivos desordenados que parecem estar envolvidos nas várias síndromes clínicas foram descritos anteriormente; ver Beck, 1976.) A modificação do pensamento e de crença pode ser entendida como sendo regulada pelos três sistemas cognitivos ou níveis de cognição, conforme estabelecido no axioma teórico 9 no Capítulo 1 – e desenvolvido no Capítulo 3 – deste livro.

A questão central com relação a tratamentos cognitivos *versus* comportamentais pareceriam ser neste ponto de natureza mais teórica do que comportamental. (Naturalmente, as respostas às questões teóricas obviamente orientarão futuros avanços técnicos.) O fato de que a eficácia da terapia cognitiva do pânico ter sido agora estabelecida leva naturalmente à questão seguinte – ou seja, como explicar o tratamento efetivo teoricamente (Sargent, 1990). A teoria cognitiva clínica estipula que os processos subjacentes são de natureza cognitiva (Davey, 1992). O tratamento bem-sucedido de transtorno de pânico (e a manutenção de ganhos do tratamento; p. ex., Hollon, DeRubeis, & Seligman, 1992) depende de mudanças cognitivas estruturais superficiais e profundas concomitantes, através quais a pessoa se torna cada vez mais empirista/realista.

### *Reavaliação Pós-Condicionamento*

Na “Teoria Contemporânea do Condicionamento” descrita anteriormente, o fenômeno de condicionamento experimental “reavaliação pós-condicionamento” foi mencionado. Clinicamente, a reavaliação pós-condicionamento de ENC tem um análogo direto na terapia cognitiva de transtorno de pânico. Conforme observado por Beck (1992), pacientes que vêm para terapia cognitiva estão operando com seus reflexos orientados para processamento tanto consciente quanto não-consciente. (Teoricamente, há diversos sistemas de processamento de informação operando simultaneamente.) Os terapeutas cognitivos operam através da parte consciente do aparato; ou seja, eles tentam fortalecer a parte consciente, de modo que ela obtenha maior alavancagem ou maior controle sobre o processamento de informação não-consciente. O objetivo do tratamento é corrigir o processamento não-consciente, que tende a ser global e indiferenciado. No contexto específico de terapia cognitiva de transtorno de pânico, os pacientes são treinados para reavaliar *conscientemente* suas respostas a estímulos somáticos. Eles aprendem a experimentar esses estímulos, a reavaliar esta experiência, e a determinar que não existe ameaça (ver Beck, 1992).

Na terapia cognitiva, o paciente de pânico é treinado a reavaliar as sensações fisiológicas específicas (conceitualizadas como ENC por teóricos do condicionamento; p.ex., Seligman, 1988; Wolpe & Rowan, 1988) que são interpretadas erroneamente como sinalizando catástrofe iminente (Beck e Greenberg, 1988; D.M. Clark, 1986; Sokol e col., 1989). Como nos estudos de condicionamento não-humano citados acima, a RC (resposta de pânico) ativada pelo EC (procedimentos de indução de pânico na sessão; p.ex., exercícios de hiperventilação) foi afetada ou modificada através da reavaliação do ENC. Portanto, a reavaliação do ENC corresponde ao procedimento da terapia cognitiva de ensinar "respostas racionais" à presença de sensações fisiológicas específicas semelhantes àsquelas de ataques espontâneos.

Este é um interessante ponto de convergência entre as teorias de condicionamento contemporânea e cognitiva sobre transtorno de pânico. Neste caso, a semelhança identificada é entre fenômenos de condicionamento animal e o constructo teórico central (e intervenção clínica) da terapia cognitiva de transtorno de pânico (Alford e col., 1990; Beck & Greenberg, 1988; Sokol e col., 1989). Embora a teoria que apóia a reavaliação pós-condicionamento no condicionamento clássico tenha até hoje sido baseada somente em pesquisa animal (Holland & Rescorla, 1975; Holland & Straub, 1979; Rescorla & Holland, 1977; Revusky, 1977), as semelhanças observadas sugerem algum grau de continuidade entre modelos animais e comportamento humano (ver Davey, 1987b).<sup>1</sup>

### *Supremacia Temporal da Cognição*

Diversos pontos relativos à supremacia temporal e à causação cognitiva são revistos aqui resumidamente. Estudos recentes avaliaram experiências que precedem ataques de pânico, incluindo um estudo empírico realizado por Argyle (1988) e uma análise individual cuidadosamente controlada realizada por Margraf, Ehlers, e Roth (1987). No estudo de Argyle (1988), 77% dos indivíduos com transtorno de pânico relataram ataques de pânico apenas após pensamentos provocadores de ansiedade, sem ataques na presença de situações fóbicas (p. 263). Margraf e col. (1987) descobriram que dar ao indivíduo uma falsa informação (de que sua taxa cardíaca tinha subitamente aumentado) levou a um inequívoco ataque de pânico espontâneo (Margraf e col., 1987). Os efeitos das distorções de informação observados são consistentes com o modelo cognitivo e fornecem um exemplo bem-controlado de como tomar conhecimento (erroneamente) de uma circunstância potencialmente amea-

çadora pode levar a pânico. Finalmente, Kenardy, Evans, e Oei (1988) analisaram o pânico ocorrendo naturalmente durante exposição *in vivo*. Eles obtiveram medidas cognitivas e fisiológicas de pânico, e concluíram que os processos cognitivos específicos ("cognições catastróficas") e a estimulação fisiológica são ambos necessários para o início do pânico.

Contudo, o pânico teoricamente envolve influência recíproca entre variáveis. Estas incluem alterações fisiológicas ou ameaça psicossocial, e um componente cognitivo de conteúdo específico, que aumentam progressivamente os sintomas em um "círculo vicioso". As cognições psicogênicas teóricas são componentes intrínsecos de pânico; sensações antecedem, acompanham, e seguem-se a tais cognições.

Múltiplos sistemas são afetados no transtorno de pânico – afetivo, cognitivo, comportamental, fisiológico – e, de fato, a síndrome de pânico consiste da ativação de todos estes sistemas. A analogia da causalidade com a "bola de bilhar" (expressada inicialmente por Newton) é obviamente inadequada neste contexto (cf. White, 1990). A causalidade bidirecional entre sistemas fisiológicos e psicológicos (cognitivos) foi descrita como segue: "é impossível fazer uma intervenção *cirúrgica* limpa em um sistema sem sua disseminação para um outro sistema. Todos os sistemas trabalham juntos quase da mesma forma como o coração e os pulmões" (Beck, 1987b). Como na etiologia da depressão, não é atribuído à cognição nem um papel "temporalmente primordial" nem um papel "causal" exclusivo na etiologia do transtorno de pânico (ver também Beck, 1984a; White, 1990). Não obstante, o componente cognitivo é visto como uma parte importante do transtorno de pânico.

Em que ponto dentro do "círculo vicioso de pânico," conceitualizado como uma multiplicidade de sensações fisiológicas e más interpretações cognitivas interagentes, o pânico começa? Para responder a esta pergunta, necessitaríamos definir níveis de intensidade do limiar de pânico de vários sintomas cognitivos, afetivos, comportamentais e fisiológicos de pânico. Além disso, há a preocupação de que uma vez que as interpretações errôneas podem ser conscientes ou inconscientes, pode ser difícil obter evidências que refutem a supremacia temporal de interpretações catastróficas (ver McNally, 1990, p. 407). (McNally [1990, p. 407] também sugeriu que a "interpretação errônea catastrófica" precisa ser definida por medidas que sejam empiricamente diferentes de medidas do próprio pânico. Embora esta questão filosófica esteja além da abrangência do presente capítulo, ver R. S. Lazarus e Folkman, 1986, para uma discussão da questão de circularidade nas teorias cognitivas; critérios para evitar a circularidade; e formas nas quais tipos parti-

culares de teorias circulares provaram ser de grande valor na descoberta de propriedades até então não observadas de um determinado fenômeno.)

Finalmente, a noção de falsa atribuição "catastrófica" como fenômeno crítico nos ataques de pânico é derivada de julgamentos clínicos complexos, contextualmente situados. Como tal, o próprio conceito é causalmente mais complexo do que simples. Determinar que uma situação ou estímulo está sendo interpretado erroneamente como "catastrófico" requer o seguinte: (1) uma medida objetiva da ameaça real, se houver; (2) uma medida do nível de ameaça ligado à situação ou estímulo pelo paciente de pânico; e (3) concordância sobre a magnitude da discrepância entre as medidas de ameaça objetiva e subjetiva que é necessária para definir "catastrófico." Naturalmente, conforme observado por Seligman (1988) e McNally (1990), esta questão não nega a necessidade de os pesquisadores desenvolverem medidas adequadas do constructo. Antes, ela enfatiza a complexidade das variáveis que devem ser levadas em consideração na elaboração das medidas necessárias.

### **Em Direção a uma Teoria Psicológica Unificada de Transtorno de Pânico**

A teoria cognitiva postula relacionamentos entre diversos níveis (ou "sistemas") interativos de análise (Beck, 1984b, 1985a). De acordo com o axioma teórico 3 no Capítulo 1, as influências entre sistemas cognitivos e outros sistemas são bidirecionais. A teoria cognitiva nunca se baseou na pressuposição de diferenças nos processos ou mecanismos de ação entre terapias comportamentais e cognitivas; antes, a sobreposição conceitual entre terapia cognitiva e terapia do comportamento tem sido enfatizada (Beck, 1970a). De ambos os pontos de vista, os processos cognitivos são considerados de importância central à condução da terapia efetiva. Neste sentido, a teoria cognitiva parece ser uma perspectiva parcimoniosa, uma vez que fornece uma explicação teórica que responde pela eficácia dos (ou processos terapêuticos subjacentes a) vários modelos (ver Beck, 1984b).

As descobertas experimentais de estudos de cognição e condicionamento humanos sobre os quais se baseia a extrapolação para transtorno clínico sugerem agora que a natureza do condicionamento está inextricavelmente ligada a processos cognitivos. Então, não está claro que podem-se fazer previsões experimentais distintas baseadas em um modelo "de condicionamento" que exclui informação ou processamento cognitivo. Na verdade, Rapee (1991a, p. 194) argumentou que em um nível de processo, as teorias de condi-

cionamento podem ser conceitualizadas como um subconjunto de teorias cognitivas. Nosso próprio modelo unificado sugeriria que este é o caso.

## Nota

- 1 Admitidamente, este ponto de analogia é limitado pelo problema de identificação ambígua do ENC e da RNC nas formulações teóricas que postulam condicionamento interoceptivo Pavloviano no transtorno de pânico (p. ex., Seligman, 1988; Wolpe & Rowan, 1988). McNally (1990) descreveu como as experiências laboratoriais sobre condicionamento interoceptivo-exteroceptivo referem-se a eventos empiricamente diferentes e mensuráveis. Contudo, nos modelos de condicionamento de pânico, esta clareza não é evidente (ver McNally, 1990, p. 406). Talvez uma redefinição de ENC e EC no contexto de transtorno de pânico seja necessária, como segue: o ENC é um estímulo que para uma determinada pessoa tem uma associação cognitiva inata com perigo iminente; o EC é um estímulo que adquiriu tal associação. Estas definições podem orientar melhor os esforços para planejar medidas consistentes com formulações de condicionamento contemporâneo (como em Davey, 1992).

# 7

## Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos

Conforme observado no Capítulo 5, Coyne (1994) sugeriu que a abrangência da psicoterapia integrativa diminuirá caso a teoria cognitiva prove-se apropriada como paradigma integrativo. Entretanto, este capítulo fornece evidências de que esta visão não entende por completo a abrangência da teoria cognitiva. Por exemplo, na terapia cognitiva, variáveis como emoções e processos interpessoais complexos dentro (e fora) da sessão de terapia não são ignorados ou “reduzidos” à cognição. Os terapeutas cognitivos abrangem as mesmas questões que os terapeutas interpessoais, mas eles explicitamente tentam produzir mudança cognitiva. Na verdade, a maior parte de nossas discussões com os pacientes giram em torno de questões interpessoais (Beck & Hollon, 1993, p. 91), e sempre tem sido dada atenção especial ao relacionamento interpessoal entre paciente e terapeuta (Beck et al., 1979, Cap. 3).

Neste capítulo, dedicamos atenção à teoria, à avaliação e ao tratamento de esquizofrenia e outros transtornos psicóticos – entre as áreas de exploração mais recentes para a aplicação de terapia cognitiva (Chadwick & Birchwood, 1996).<sup>1</sup> Estes transtornos crônicos, incapacitantes, e seu grau de complexidade necessitam de uma abordagem particularmente unificada ou “integrativa” à terapia. As questões abrangidas incluem o seguinte: (1) a importância da avaliação idiográfica; (2) um exemplo de incorporação da pesquisa básica na prática clínica de terapia cognitiva; (3) distanciamento ou tomada de perspectiva; (4) a necessidade de focalizar-se tanto no conteúdo cognitivo (p.ex., crenças delirantes) quanto nos erros de processamento cognitivo (distorções cognitivas); (5) a importância da atenção a relacionamentos interpessoais com pessoas significativas fora do tratamento, bem como à aliança terapêutica; (6) o foco nas emo-

ções; (7) emoção expressada e estresse interpessoal; (8) tratamento de autoconceito negativo; e (9) validade ecológica. Além disso, apresentamos uma breve revisão da situação empírica de tratamentos cognitivos para transtornos psicóticos.

### **Avaliação Idiográfica**

Há uma intrigante simplicidade na adaptação da terapia cognitiva para tratar esquizofrenia e outros transtornos psicóticos. A terapia cognitiva tradicional foi criada para tratar conteúdo cognitivo desordenado (tal como negativismo) e processos cognitivos desordenados (como pensamento dicotômico). Esta abordagem obteve sucesso no tratamento de transtornos que não têm sido considerados historicamente como sendo de natureza essencialmente cognitiva (Dobson, 1989; Hollon e col., 1992; Robins & Hayes, 1993). Portanto, a possibilidade de aplicar terapia cognitiva para tratar esquizofrenia e outros transtornos que envolvem crenças delirantes (que são evidentemente distúrbios de cognição significativos) pode parecer evidente por si mesma.

Farmacoterapia e outros tratamentos adjuntos concomitantes são geralmente necessários no tratamento de transtornos psicóticos. Intervenções farmacológicas, psicológicas e sociais/interpessoais todas desempenham um papel no tratamento destes transtornos complexos. Os terapeutas cognitivos utilizam rotineiramente tratamentos farmacológicos, e empregam terapia cognitiva para aumentar a adesão, além de focalizarem-se nos aspectos cognitivos de fatores sociais, interpessoais e psicológicos (p.ex., Fritze, Forthner, Schmitt, & Thaler, 1988; Perris, 1989).

Devido à natureza altamente idiossincrásica das crenças delirantes e outros sintomas, a avaliação clínica do paciente psicótico é necessariamente mais individualizada do que nomotética. Entretanto, estratégias de entrevista da terapia cognitiva padrão podem ser empregadas com sucesso, com maior atenção sendo dada ao estabelecimento e à manutenção dos relacionamentos interpessoais (conforme descrito a seguir). Por razões teóricas expressadas a seguir, a avaliação (e tratamento) de transtornos psicóticos é semelhante à avaliação (e tratamento) de transtornos da personalidade (ver Beck e col., 1990).

Nos primeiros estágios de avaliação, o paciente psicótico não apenas pode estar relativamente inconsciente da frequência de seus pensamentos delirantes, mas também pode não ter consciência de que os pensamentos são anormais. Durante a entrevista inicial, o terapeuta mantém uma postura neutra e não comunica surpresa

ou reações abertamente céticas em relação ao material delirante. Uma lista de crenças relevantes é obtida, e o terapeuta sugere que o paciente mantenha um diário para registrar a frequência de pensamentos específicos que representem as crenças. A mecânica exata destes registros é adaptada ao que cada paciente considera viável. Por exemplo, pacientes hospitalizados podem ser capazes de registrar a frequência de pensamentos conforme eles ocorrem durante todo o dia, mas um paciente externo que possui um emprego pode achar que este procedimento prejudica suas atividades diárias. Além disso, pacientes hospitalizados que sofrem de esquizofrenia crônica são frequentemente incapazes de registrar seus próprios pensamentos, devido a fatores como inteligência limitada, habilidades de escrita, e/ou motivação. Os terapeutas cognitivos devem, então, utilizar a avaliação por amostragem de tempo administrada por um terapeuta (p.ex., abordar um paciente hospitalizado quatro vezes por dia e avaliar várias dimensões clínicas).

A variável central mais importante a ser avaliada em pacientes com delírios é o grau no qual eles podem insistir que crenças delirantes específicas são válidas. Isto pode ser avaliado por meio de uma escala de classificação subjetiva com uma variação de 0 a 100%. Uma descoberta interessante feita por Hole e col., (1979) foi que o próprio processo de entrevista, durante o qual índices de convicção eram determinados, freqüentemente diminuía estes índices. Isto acontecia mesmo que os entrevistadores, neste estágio, estivessem meramente interessados na fenomenologia das crenças delirantes, e não em mudar tais crenças.

A explicação mais provável para as descobertas de Hole e col. (1979) é que o ato de obter sistematicamente índices de convicção ativa o processamento metacognitivo, que resulta em uma redução de convicção. "Metacognição" significa conhecimento do próprio empenhimento cognitivo, incluindo tanto conteúdo cognitivo como atividades de processamento (ver Flavell, 1984; Johnson & White, 1971). O questionamento socrático avalia a convicção de crenças psicopatológicas e explora com o paciente a natureza da evidência necessária para avaliar estas crenças adequadamente. Portanto, as atividades de avaliação e tratamento estão inter-relacionadas.

### **Incorporação da Pesquisa Básica: O Exemplo de Reatância Psicológica**

A teoria cognitiva continua a incorporar princípios derivados da pesquisa psicológica básica a processos como desenvolvimento, cognição, e interação social (cf. Rust, 1990). Os princípios relativos

à reatância psicológica podem ser especialmente relevantes ao tratamento clínico de delírios (J. W. Brehm, 1966; S.S. Brehm, 1976). "Reatância psicológica" é quase idêntica ao fenômeno que teóricos psicanalíticos denominam de "resistência" e os behavioristas de "contracontrole". No atual contexto, a reatância é demonstrada nas dificuldades especiais que os terapeutas cognitivos encontram na medida em que tentam ajudar pacientes psicóticos a corrigir suas crenças delirantes. A terapia cognitiva de esquizofrenia e outros transtornos psicóticos freqüentemente resulta em uma alta taxa de recusa e término prematuro do tratamento (p.ex., Tarrier e col., 1993).

Os critérios do DSM-IV para esquizofrenia paranóide (American Psychiatric Association, 1994, p. 287) incluem preocupação com delírios (que são geralmente persecutórios e/ou de grandeza), associados à raiva e à propensão a discussões. Portanto, esta forma particular de esquizofrenia pode conter em si elementos que aumentam a reatância a intervenções de tratamento. Entretanto, a teoria de S. S. Brehm (1976) prevê que a alteração de crenças delirantes pode criar reatância máxima, mesmo sem uma possível predisposição a "resistir" ao tratamento por parte de certos pacientes delirantes. Os determinantes da magnitude de reatância incluem (1) a importância da liberdade específica que está sendo ameaçada (p.ex., a liberdade de ter seus próprios pensamentos, mesmo que eles sejam delirantes), e (2) a magnitude da ameaça (p.ex., ter que abandonar as crenças delirantes completamente, em vez de mudá-las apenas parcialmente). Conseqüentemente, pode-se prever que a alteração destas crenças geralmente criará altos níveis de reatância. Estes comportamentos cognitivos privados são importantes para o paciente, e o terapeuta está pedindo que o paciente os abandone inteiramente.

Estudos clínicos que relataram modificação bem-sucedida de crenças delirantes tipicamente empregaram estratégias que se esperava que minimizassem a reatância. Chadwick e Lowe (1990) enfatizam como seu procedimento de "teste de realidade" dá especial atenção à abordagem cooperativa: "Nestes casos o paciente e o pesquisador cooperaram para planejar um teste simples da crença (ver Hole, Rush, & Beck, 1979)... Um princípio importante por trás do teste de realidade era que o paciente concordava antecipadamente que a tarefa escolhida era um teste genuíno da crença" (p. 227). Esperava-se que isto reduzisse a reatância aumentando a liberdade dos pacientes de "terem seus próprios pensamentos" (S. S. Brehm, 1976). Os terapeutas cognitivos enfatizam que a razão e a evidência observada (mais do que a opinião de um terapeuta) deveriam determinar se uma crença seria mantida ou abandonada.

## Distanciamento ou Tomada de Perspectiva

Os processos inter-relacionados de identificar, monitorar e avaliar pensamentos e crenças são aplicados diretamente ao tratamento de sintomas psicóticos. Estas técnicas de terapia cognitiva padrão facilitam o distanciamento dos pensamentos. "Distanciamento" refere-se à capacidade de ver nossos próprios pensamentos (ou crenças) mais como construções de "realidade" do que como a própria realidade. Em uma destas técnicas, pode-se perguntar a um paciente se os outros parecem concordar ou discordar de suas opiniões em relação ao material delirante. Através de uma descoberta orientada, o paciente pode ser levado a reconhecer uma discrepância entre seu próprio ponto de vista e o ponto de vista de outros. Então o terapeuta conduz um diálogo com o paciente para discutir a melhor forma de explicar a diferença. Terapeuta e paciente focalizam-se diretamente na avaliação da evidência sobre a qual a crença se baseia (como em Alford, 1986; Beck, 1952; Himadi e col., 1993; Kingdon & Turkington, 1991b; Tarrier, 1992). Quando pacientes psicóticos são encorajados a adotar o ponto de vista de outras pessoas temporariamente, eles são mais capazes de se distanciarem de suas crenças anormais. Isto está de acordo com a descoberta de Harrow e Miller (1980) de que "[o prejuízo na tomada de perspectiva] em esquizofrênicos é seletivo, envolvendo dificuldade em manter uma perspectiva sobre seus próprios comportamentos, com melhor perspectiva quando avaliam o comportamento de outros" (p. 717). Naturalmente, esta abordagem pode ser útil não apenas para aqueles com esquizofrenia, mas também para aqueles com outros transtornos, e também para as pessoas envolvidas na solução de problemas cotidianos, normais.

Seguindo o princípio de usar atribuições de tarefa graduais, os terapeutas cognitivos, inicialmente, visam àquelas crenças com os mais baixos índices de convicção. Pode-se esperar que estas crenças sejam menos resistentes a tratamento; portanto, visá-las primeiro aumenta as chances de estabelecer uma relação terapêutica não-ameaçadora. Visto que o *desafio* direto das crenças tem sido associado com reações negativas da parte de alguns pacientes delirantes (ver Greenwood, 1983; Milton, Patwa, & Hafner, 1978; Wincze e col., 1972), a estratégia alternativa é adotar uma postura Socrática de testar as crenças cooperativamente. Como exemplo, um terapeuta poderia perguntar a um paciente, "Os outros parecem concordar com você em relação a [um delírio]?" Se o paciente responder, "Não," então o terapeuta poderia perguntar, "Como podemos explicar isto?" Isto seria acompanhado por um diálogo para considerar a evidência sobre a qual a crença se baseia.

Esta abordagem evita que o terapeuta pareça ter todas as respostas. Experiências são planejadas como testes diretos da crença. Em vez de "deixar tudo por conta do terapeuta", o terapeuta e o paciente cooperam para criar um teste da crença que seja conveniente para ambos (ver Chadwick & Lowe, 1990).

Esta estratégia foi usada em um caso relatado por Tarrier (1992). Um paciente, Tom, acreditava que devia gritar de volta para as vozes que o alucinavam a fim de evitar que fosse fisicamente atacado. Tarrier (1992) descreveu o teste e o resultado como segue:

Se as vozes fossem reais e a crença de Tom verdadeira, então deixar de gritar com as vozes deveria resultar em um ataque. Se a opinião do terapeuta de que as vozes eram um sintoma de que sua doença fosse verdadeira então nenhum ataque deveria ocorrer... Quando Tom foi visto novamente três dias mais tarde ... [ele] concordou que não tinha sido atacado e embora sua crença de as vozes serem reais ainda fosse forte, ele se sentia enormemente aliviado e muito menos preocupado com sua própria segurança. (p. 163)

## **Conteúdo Cognitivo e Processamento Cognitivo**

Deve-se fazer uma distinção entre tratamento de conteúdo cognitivo e processos cognitivos. Por exemplo, Spaulding, Storms, Goodrich, e Sullivan (1986) descrevem subcategorias "de orientação ao processo" e "de orientação ao conteúdo" nas intervenções cognitivas. Adams, Malatesta, Brantley, e Turkat (1981, pp. 460, 463) igualmente escrevem:

O objetivo desta abordagem é corrigir déficits em processos cognitivos e não a mudança de cognições supostamente distorcidas (i.e., pensamentos, atitudes, crenças), que é tipicamente o objetivo da terapia cognitiva do comportamento ... As abordagens comportamentais para modificar processos cognitivos não deveriam ser confundidas com terapia cognitiva do comportamento. A última abordagem preocupa-se em modificar cognições específicas ou atitudes e crenças distorcidas sobre si mesmo ou o ambiente. Os transtornos de processos cognitivos, como esquizofrenia, requerem intervenção dirigida aos próprios processos e não às cognições específicas.

A teoria cognitiva apresenta a idéia dos constructos inter-relacionados para explicar a natureza do processamento e do conteúdo cognitivo disfuncionais nas várias condições psicopatológicas. O princípio da especificidade do conteúdo cognitivo (axioma 4, Capítulo 1) prognostica conteúdo cognitivo específico nos vários transtornos. Por exemplo, desesperança (visão negativa do futuro) está teoricamente envolvida na depressão; temas de ameaça estão relacionados com ansiedade; e conceitos de maus tratos ou abuso por outros estão relacionados a transtornos do controle da raiva. Ne-

nhum tipo de especificidade foi postulado para os vários tipos de erros de processamento cognitivo, com a possível exceção de uma ligação entre pensamento dicotômico e transtorno da personalidade *borderline* (Beck e col., 1990, p. 187).

Uma característica distintiva da terapia cognitiva é a correção de distorções cognitivas específicas nas várias formas de psicopatologia (Beck, 1976). Evidentemente, pacientes com esquizofrenia e outros transtornos psicóticos sofrem de muitas das distorções cognitivas clássicas que têm sido o foco da terapia cognitiva por mais de 30 anos (Beck, 1991b). Encontramos relatos de pacientes repletos de exemplos dessa questão. Em relação à personalização, por exemplo, a paciente Mary McGrath (citada em Hatfield, 1989, p. 1142) fornece esta descrição de sua experiência: "Eu também fico apavorada quando cada sussuro, cada risada é sobre mim." Sobre pensamento dicotômico, Nona Borgeson (também citada em Hatfield, 1989, p. 1142) escreve: "Onde a consideração das probabilidades termina, começa a esquizofrenia, e a paranóia irrompe furiosa ... [O mundo do paciente se torna uma das polaridades - preto ou branco, amor ou ódio, êxtase ou inclinações suicidas, medo mortal ou indestrutibilidade.]"

O terapeuta cognitivo trabalhando com um paciente psicótico focaliza-se em mudar tanto o processamento cognitivo desordenado quanto o conteúdo cognitivo maladaptativo. O tratamento das distorções específicas no processamento cognitivo (p.ex., personalização, inferência arbitrária, pensamento dicotômico e abstração seletiva) é tão importante quanto o tratamento do conteúdo cognitivo maladaptativo. Para dar um exemplo, consideremos o caso de Daniel. Daniel acreditava que várias pessoas o vinham "espionando" há vários anos (conteúdo cognitivo). Os erros de processamento de personalização e inferência arbitrária (distorções cognitivas) também foram observados. Daniel tinha estado envolvido recentemente em um acidente de automóvel, e estas crenças paranóides e erros de processamento eram proeminentes em seu relato deste evento. Na entrevista inicial, ocorreu a seguinte discussão:

Paciente: Estas pessoas têm andado atrás de mim há muitos anos. Isso não é novidade para mim.

Terapeuta: As mesmas pessoas que o seguiam quando você entrou com carro naquele milharal têm andado atrás de você há muitos anos?

Paciente: Sim. Mas eles foram embora quando viram meu carro sair da estrada. Na verdade eles nunca me enfrentaram.

Terapeuta: Vamos revisar como eles seguiram você desta vez quando você sofreu o acidente com seu carro. Certo?

Paciente: Certo.

Terapeuta: Quando a "perseguição" começou?

Paciente: Quando eu saí de casa para ir a uma loja de conveniência.

Terapeuta: Conte-me *como* aconteceu. [Nota: "*Como*" focaliza-se no processo.]

Paciente: Eu cheguei ao primeiro semáforo e lá estavam eles. Toda vez que eu dobrava, eles dobravam. Então eu decidi enganá-los e dirigi para fora da cidade. Eles me seguiram, como eu sabia que fariam.

Terapeuta: Agora, *como* você sabia que eles estavam o seguindo?

Paciente: Eles dobravam toda vez que eu dobrava.

Terapeuta: Não haveria outras possibilidades para eles terem dobrado toda vez que você dobrava?

Paciente: Não. A princípio eu pensei nisso, mas então, quando eles me seguiram para fora da cidade, eu sabia que *eles* estavam me seguindo.

Terapeuta: Havia alguma outra pessoa saindo da cidade ao mesmo tempo que você, além das pessoas que você achava que o estavam seguindo?

Paciente: (*Pausa*) Sim. Mas quando eu acelerei, eles também aceleraram. Em um certo momento, estávamos indo a 150 km por hora! Eles riam e apontavam para mim. Então eu soube quem eles eram.

No exemplo acima, os erros de processamento de personalização e inferência arbitrária estavam relacionados a uma crença (conteúdo) específica: "Estas pessoas têm andado atrás de mim por muitos anos". O paciente neste caso observou corretamente o "fato" de que estava sendo seguido, mas a interpretação ou significado de estar sendo seguido estava incorreta; em outras palavras, distorção cognitiva/erros de processamento estavam presentes. Para tratá-los o terapeuta encorajou Daniel em sessões subseqüentes a considerar como ele tinha feito inferências ("suposições") sem evidências de apoio suficientes.

As informações dos policiais que investigavam o acidente – informações que Daniel tinha inicialmente rejeitado como inverídicas – foram apresentadas nesta discussão. Vários adolescentes admitiram que na verdade o haviam seguido, mas não antes de ele próprio começar a aumentar sua velocidade. Ele os viu e achou que estava sendo seguido. Interpretações alternativas com relação às intenções daquelas pessoas seguindo o paciente foram discutidas, e as inferências (arbitrárias) com relação à perseguição em alta veloci-

idade foram consideradas. Os adolescentes tinham simplesmente pensado, "Este cara quer apostar corrida!"

## O Contexto Interpessoal

Na terapia cognitiva, o contexto interpessoal do transtorno psiquiátrico recebe cuidadosa atenção. Por exemplo, interações familiares falhas são uma fonte freqüente de estresse para pacientes com esquizofrenia. Está bem documentado que interações familiares estão envolvidas na geração de estresse, e que o estresse está envolvido na ativação de sintomas esquizofrênicos (Clements & Turpin, 1992; Hatfield, 1989; Zubin & Spring, 1977). Pacientes esquizofrênicos experimentam reações de estresse maiores por diversas razões, incluindo a tendência a subestimar seus recursos internos (minimização) (Hatfield, 1989; Wasylenki, 1992).

Empregando a técnica cognitiva de atribuição de tarefa gradual, Allen e Bass (1992) usaram (1) comunicações de baixa expectativa e (2) prática gradual para tratar dois pacientes com esquizofrenia. Este tipo de abordagem impõe exigências mínimas aos recursos cognitivos (ver Heinssen & Victor, 1994; McGlashan, Heinssen, & Fenton, 1989). Os assistentes sociais explicitamente simpatizaram com os pacientes e "normalizaram" suas experiências estressantes. Programas individualizados de prática gradual foram planejados para facilitar o sucesso em cada passo na abordagem de situações-problema. Os pacientes melhoraram em medidas de comportamento de "luta e fuga" e sintomas positivos (alucinações, fala incoerente, e delírios). As limitações deste estudo, entretanto, incluíam falta de basais múltiplos, falta de acompanhamento, uma estrutura de suscetibilidade ao estresse mal formulada, e nenhuma atenção ao processo terapêutico para confirmar que os resultados eram especificamente atribuíveis à terapia (Allen & Bass, 1992).

Kingdon e Turkington (1991b) observam corretamente a importância de tratar os relacionamentos interpessoais disfuncionais entre pacientes esquizofrênicos e membros de suas famílias. Eles observam que membros da família catastrofizam sintomas psicóticos tanto quanto os pacientes, e descrevem como isto leva à crítica e ao estresse dentro destas famílias. Para corrigir isto, Kingdon e Turkington (1991b) exploram o uso de conceitualizações "normalizadoras" de sintomas psicóticos. A articulação do *continuum* entre crenças culturalmente aceitáveis e crenças delirantes serve a uma função desestigmatizadora para os pacientes e suas famílias. A psicopatologia pode ser adicionalmente normalizada demonstrando-se o papel do estresse no início dos sintomas. Concomitantemente, as

distorções cognitivas são tratadas, “particularmente personalização (levar as coisas para o lado pessoal), abstração seletiva (entender coisas fora de contexto) e inferência arbitrária (tirar conclusões apressadas)” (p. 208). Eles relatam que entre 64 pacientes consecutivos que foram tratados desta maneira, houve pouca necessidade de medicação, e apenas um mínimo de hospitalizações foi necessário.

Uma intervenção de quatro segmentos – educação sobre esquizofrenia; manejo do estresse; estabelecimento de objetivos; e inoculação do estresse – foi testada por Barrowclough e Tarrier (1987). O paciente era um homem de 29 anos que vivia com seus pais. Ambos os pais compareceram a todas as sessões. No início do tratamento, tinha havido três hospitalizações anteriores, e o tempo entre os relapsos tinha encurtado. O tratamento pareceu reduzir a taxa de relapso, melhorar o funcionamento social, e reduzir significativamente as medidas de estressores (“emoção expressada,” discutida mais tarde neste capítulo) dentro da família.

## **O Foco nas Emoções**

Um dos equívocos mais comuns em relação à terapia cognitiva é que ela não se focaliza nas experiências e nas expressões emocionais no tratamento clínico (Gluhoski, 1994; Weishaar, 1993). Entretanto, para facilitar o entendimento da perspectiva fenomenológica do paciente delirante, o terapeuta cognitivo deve ficar muito atento às emoções associadas com pensamentos e às crenças delirantes (Alford & Beck, 1994). Em alguns casos, conhecer o estado emocional do paciente durante a ativação de crenças específicas pode ajudar a entender a manutenção destas crenças. Em outros casos, o tratamento bem-sucedido de crenças delirantes pode ser facilitado ficando-se atento aos sentimentos mais positivos associados com explicações alternativas de eventos que até então tinham sido erroneamente interpretados em termos delirantes negativos. Se a conseqüente mudança de afeto é substancial e positiva, o paciente estará mais fortemente motivado a considerar a evidência incongruente com a crença maladaptativa. Portanto, a atenção a emoções associadas é crucial na terapia cognitiva de ideação delirante. Os terapeutas cognitivos identificam e exploram os sentimentos associados com as várias crenças delirantes apresentadas, bem como os sentimentos sobre a possibilidade de que os delírios sejam incorretos.

A estrutura interpessoal da terapia cognitiva exige que técnicas específicas (diálogo socrático, racional normalizador, experiências de testagem da crença, reatribuição, etc.) sejam utilizadas para se alcançar os objetivos terapêuticos estabelecidos *dentro do con-*

*texto de um relacionamento cooperativo com o paciente.* Este componente de terapia cognitiva é extremamente importante para o sucesso da terapia cognitiva de esquizofrenia e crenças delirantes (Alford & Beck, 1994). Não existe uma "técnica cognitiva" fora do contexto do relacionamento cooperativo dentro da qual a terapia cognitiva acontece; as estratégias usadas na terapia são desenvolvidas e implementadas conjuntamente.

O relacionamento interpessoal na terapia cognitiva é naturalmente bastante estruturado. Os fatores a serem discutidos e combinados incluem expectativas para a terapia, uma agenda para cada sessão, a natureza dos problemas do paciente e objetivos para o tratamento. Muito importantes são a discussão e concordância sobre os motivos específicos para as várias técnicas usadas durante a terapia. Conforme expressado no Capítulo 1, as técnicas usadas na terapia cognitiva são empregadas *com*, e não aplicadas ao paciente.

Além do desenvolvimento de técnicas para testar crenças, a terapia cognitiva de transtornos psicóticos focaliza-se na luta do paciente para aceitar sua condição (como no caso de Jack, adiante). Se o paciente tiver que fazê-lo, é necessário um foco maior sobre o relacionamento interpessoal do que em muitos outros transtornos.

Em um estudo anterior de um paciente com esquizofrenia crônica, Beck (1952) descreveu seu próprio papel como predominantemente apoiador e educativo: "Eu era relativamente não-diretivo ao permitir que ele trouxesse à baila tudo o que ele achasse ser importante" (p. 307). A terapia também incluía técnicas como identificação de inter-relações entre estresses externos, emoções e sintomas (crenças delirantes). Segundo a crença delirante do paciente, 50 diferentes clientes da pequena loja de varejo de seu pai (onde o paciente trabalhava) eram agentes do FBI. A terapia focalizou-se na redução dos delírios em relação a estes clientes específicos. Após 30 sessões durante oito meses, foi relatado o seguinte: "Nas ocasiões em que ele começasse a suspeitar que um de seus clientes era um agente ele deveria ponderar sobre isto. Ele relatou que foi capaz de reduzir o grupo original de cinquenta para duas ou três possibilidades e que sentia que logo seria capaz de eliminá-los completamente" (Beck, 1952, p. 310). Embora o paciente fosse ajudado a identificar as experiências originais que tinham precedido suas crenças delirantes e a testar sistematicamente suas conclusões, o foco interpessoal foi considerado mais fundamental ao tratamento. Beck escreveu: "A força principal no processo terapêutico parece ter sido a experiência emocional entre paciente e terapeuta" (1952, p. 311).

Hole e col. (1979) igualmente enfatizaram os aspectos relativamente não-diretivos do tratamento cognitivo de delírios. Entrevistas de oito pacientes delirantes foram estruturadas de uma ma-

neira não-confrontativa, e foram planejadas para identificar a fenomenologia de cada crença: “[O entrevistador] tentou envolver o paciente em uma exploração conjunta de certas questões: A crença baseava-se em experiência atual? Como ele [sic] processava informações inconsistentes com a crença? Se houvesse alguma mudança em qualquer aspecto da crença, como o paciente explicaria a mudança?” (Hole e col., 1979, p. 314).

A visão que os outros têm das crenças delirantes de um paciente determinará seus comportamentos em relação a ele. Por exemplo, um paciente pode acreditar que vozes alucinadas podem ser controladas apenas por contra-ataques verbais (Tarrier, 1992). Membros da família que não conseguem entender as razões para tais acessos podem achar que tal comportamento é dirigido para eles (personalização). Eles podem então tornar-se irritados com o paciente e aumentar seu estresse. O terapeuta deve primeiro entender o comportamento do paciente do ponto de vista do mesmo, e então introduzir os membros da família na terapia para informá-los do significado de tal comportamento. Concomitantemente, o paciente é levado a reconsiderar a necessidade das respostas verbalmente agressivas às vozes alucinadas, enquanto o estresse interpessoal causado por contra-ataques de membros da família em relação ao paciente é atenuado. À medida que as interações negativas diminuem, os recursos cognitivos disponíveis ao paciente para sua própria terapia pessoal (se comparado ao manejo dos estressores interpessoais) aumentarão

Conforme descrito acima, a terapia cognitiva trata problemas interpessoais a fim de reduzir os estressores envolvidos no início e na manutenção de sintomas psicóticos. A reatribuição de delírios em continuidade com experiências normais (p.ex., identificando como o estresse aumenta os sintomas) ensina as famílias dos pacientes a verem os sintomas e os pacientes como menos bizarros. Isto facilita a melhora no baixo autoconceito do paciente, resultando em mais melhora ainda. Além disso, conforme discutido adiante, quando aquelas pessoas dentro da rede interpessoal de um paciente entendem que os sintomas são causados por um transtorno psicológico, menos expressões de culpa ou outras comunicações geradoras de estresse são dirigidas para o paciente.

## **Emoção Expressada e Estresse Interpessoal**

Na prática-padrão de terapia cognitiva, os terapeutas cognitivos não excluem pessoas significativas das sessões de terapia quando conflitos interpessoais estão relacionados com as queixas de um

paciente. O uso de estratégias cognitivas interpessoais no trabalho com pacientes psicóticos está relacionado a estudos sobre "emoção expressada" (EE) (Alford & Beck, 1994). Visto que crenças delirantes ocorrem em um contexto interpessoal, o terapeuta cognitivo aborda fatores interpessoais no tratamento (cfe. Beck, 1988b). Terapia familiar é prescrita para estes pacientes. Em famílias classificadas como sendo de alta EE, foi demonstrado que as taxas de relapso de esquizofrenia diminuem após intervenções familiares, se comparado a tratamentos de controle e de rotina (Barrowclough & Tarrier, 1992).

O conceito de EE foi recentemente submetido à avaliação comportamental (mas não cognitiva) (Halford, 1991). Uma avaliação completa de EE exploraria os pensamentos e as crenças subjacentes do paciente e de membros da família. Uma possível seqüência para avaliação poderia ser a seguinte: crenças levam a pensamentos automáticos, que por sua vez levam a EE.

Os membros da família tipicamente têm crenças contrastantes sobre inúmeras questões relacionadas a um paciente psicótico. Uma mãe pode acreditar que "Meu filho tem um transtorno mental," e "eu tenho a responsabilidade de apoiá-lo e ajudá-lo a superar os delírios". O pai pode acreditar que "Meu filho tem um problema de motivação", e "ele poderia ficar melhor se tentasse mais." Conseqüentemente, a mãe pode estar inclinada a interpretar uma situação, tal como o filho não conseguir manter seu quarto em ordem, da seguinte maneira: "Não se deveria esperar que crianças doentes fossem asseadas e organizadas". A crença contrária do pai (de que o filho esquizofrênico carece de motivação) pode levá-lo a atribuir um significado oposto ao mesmo evento: "Este menino deveria ser castigado." Relacionamentos interpessoais falhos provavelmente serão a conseqüência.

A existência de crenças incompatíveis é manifestada quando interações familiares entre a mãe, o pai, e o filho ativam pensamentos automáticos em relação a um evento específico. Os pensamentos involuntários e as emoções associadas gerados em uma situação ou interação específica estarão relacionados às crenças disfuncionais. Continuando com o exemplo acima, se o pai encontra o quarto do filho completamente desorganizado, suas crenças serão ativadas e podem gerar sucessivamente os seguintes possíveis pensamentos e emoções associadas: "Ele está ficando pior porque eu sou muito fraco para educá-lo" (tristeza); "A culpa é dele - ele poderia melhorar" (raiva); "Seria melhor que eu exigisse que ele melhorasse ou ele realmente ficará louco" (medo). A interpretação inicial da mãe da desorganização do quarto do filho será da mesma forma guiada pelo esquema. Seus próprios pensamentos automáticos ne-

gativos e emoções associadas podem incluir estes: "Eu falhei" (tristeza); "Meu marido vai ficar irritado" (medo); "Ele [seu marido] é tão rígido e faz tantas exigências ao nosso filho" (raiva). Portanto, os pontos de vista divergentes provavelmente levarão a discussões.

A expressão destas emoções está legitimamente relacionada aos respectivos pensamentos e crenças subjacentes com relação a eventos interpessoais específicos dentro da família. A resposta emocional gerada dependerá dos significados subjacentes associados com os pensamentos topográficos. O princípio de especificidade do conteúdo cognitivo aplica-se tanto à emoção privada quanto à EE (ver R. S. Lazarus, 1991a, 1991c). A avaliação ou a determinação dos significados específicos associados com um determinado pensamento nos permite prever a reação emocional concomitante.

À medida que os membros da família interagem (como no exemplo dado acima), pensamentos automáticos e emoções associadas se tornam públicos. Desta maneira, o ambiente do paciente psicótico se torna mais estressante na medida em que ele tenta entender o significado das discussões dos outros. No exemplo acima, o próprio filho provavelmente se envolverá no conflito entre a mãe e o pai, e trará suas próprias crenças maladaptativas para as interações. Se o filho acredita que "Eu estou causando problemas," sua auto-estima provavelmente sofrerá.

Para resumir, EE é postulada como sendo derivada de pensamentos automáticos específicos, que por sua vez são derivados de esquemas maladaptativos idiossincrásicos. As várias respostas emocionais dentro de uma família estão inextricavelmente vinculadas a processos cognitivos específicos (R. S. Lazarus, 1991a), cujos transtornos (tanto no conteúdo quanto no processamento) têm estado envolvidos nas várias síndromes clínicas (Beck, 1991b). Os futuros programas de pesquisa deveriam procurar esclarecer os mecanismos precisos ligando EE a maior relapso na esquizofrenia (como em Barrowclough & Tarrier, 1992) através da avaliação cognitiva da EE, conforme sugerido acima.

## **O Foco no Autoconceito**

Um outro equívoco comum em relação à terapia cognitiva é que ela não se focaliza no autoconceito e na personalidade no tratamento clínico (Gluhoski, 1994; Weishaar, 1993). Conforme descrito em Alford e Beck (1994), o tratamento de pacientes delirantes envolve problemas especiais no desenvolvimento de uma relação terapêutica ativa. Estes pacientes tipicamente experimentam graves problemas no relacionamento com os outros, que são secundários a

suas visões extremamente distorcidas de si mesmos, do mundo e das outras pessoas. Especialmente relevante é a presença de um autoconceito negativo (ver Bentall, Kinderman, & Kaney, 1994). Consideremos o caso de Jack.

Na sessão inicial, Jack descreveu uma longa história de crenças obviamente paranóides, que tinham criado problemas significativos em seu ajustamento aos ambientes, tanto no passado quanto no presente. Uma revisão da história deste paciente mostrou que ele tinha abandonado a faculdade de medicina, principalmente devido a uma crença de que os professores estavam “falando sobre” ele e estavam (em suas palavras) “me perseguindo – tentando conseguir alguma coisa de mim.” Na época em que Jack procurou tratamento, ele estava experimentando crenças semelhantes, que estavam ameaçando seu atual emprego.

Jack acreditava que as mesmas pessoas que o tinham “perseguido” anteriormente o tinham agora localizado, embora ele tivesse se mudado intencionalmente para bem longe de sua cidade anterior. Ele acreditava agora que eles estavam “monitorando cada movimento seu,” e que diversos órgãos federais estavam envolvidos. Ele atribuía um significado personalizado a anúncios em *outdoors* que tinham sido montados ultimamente; ele achava que eles eram planejados para comunicar a ele que “Você foi encontrado”.

Um problema central na tentativa de estabelecer uma relação cooperativa com Jack era seus *aparentes* 100% de convicção inicial de que estes vários órgãos e pessoas estavam realmente tramando contra ele. (Na verdade, conforme mostrado abaixo, ele tinha dúvidas graves e bastante perturbadoras com relação à correção destas crenças paranóides.) Ele inicialmente descreveu seu problema atual assim: “Eu preciso que alguém me ajude a manejar o estresse causado por estas pessoas”.

Para estabelecer uma agenda alternativa, mutuamente conveniente, o terapeuta sugeriu o objetivo de inicialmente avaliar a evidência de que havia de fato tal ameaça; se tal ameaça fosse encontrada, então o terapeuta e o paciente explorariam conjuntamente formas de lidar com as pessoas responsáveis pela suposta perseguição. Naquele ponto, ocorreu a seguinte conversa:

Terapeuta: O que você acharia de acrescentar isso [uma exploração das crenças] como um item ou objetivo da agenda para nossos esforços cooperativos?

Paciente: Eu não sei ... Eu não gostaria de descobrir que tudo é coisa minha.

Terapeuta: O que você quer dizer?

- Paciente: Eu acho que seria pior do que descobrir que há uma conspiração.
- Terapeuta: Me parecia que você realmente não queria todos aqueles órgãos e pessoas atrás de você. Isto não seria um problema maior?
- Paciente: Realmente não. Eu não gostaria de descobrir que eu fui a causa de tudo isto.
- Terapeuta: Como você se sentiria se descobrisse que este é o caso?
- Paciente: (*Hesitando; lágrimas nos olhos*) Eu ficaria com medo.
- Terapeuta: De quê?
- Paciente: Isto significaria que eu *realmente* tenho um problema.

Era óbvio que a terapia não deveria prosseguir diretamente para o desenvolvimento cooperativo de técnicas para testar as crenças de Jack. Antes, o foco desviou-se para a análise e o entendimento compassivo da luta deste paciente para aceitar sua condição. O reconhecimento de Jack da discrepância entre suas crenças e a realidade indicava a ativação nascente de processamento metacognitivo, ou distanciamento de seus pensamentos. Não ficaríamos todos desconcertados ao reconhecermos que o significado que se atribui a eventos são marcadamente irrealísticos? A estratégia clínica mais crítica com pacientes que experimentam crenças delirantes é lidar construtivamente com a questão da existência de delírios como tais, e com os significados que os pacientes atribuem à presença destas experiências.

Um paciente que reconhece que mantém idéias marcadamente anormais está em risco de sofrer perda de auto-estima (e ansiedade aumentada) quando tais idéias são discutidas durante o tratamento. Conseqüentemente, o terapeuta cognitivo deve ser especialmente sensível para evitar ameaças à auto-estima do paciente (ver Dingman & McGlashan, 1989; Lyon, Kaney, & Bentall, 1994), e deve aplicar terapia cognitiva padrão para reestruturar o autoconceito negativo.

### **Validade Ecológica**

Spaulding e col. (1986) e Spaulding, Garbin, e Crinean (1989) revisaram recentemente a situação do tratamento psicológico clínico de esquizofrenia. Entre os assuntos importantes revisados está a questão de se descobertas de "psicopatologia experimental" podem ser diretamente aplicadas ao tratamento clínico de esquizofrenia (ver também Green, 1993).

Spaulding e col. (1986) observam que em inúmeros estudos pacientes com esquizofrenia demonstravam ter déficits nas funções

psicológicas básicas (p.ex., atenção, memória, percepção e formação de conceito). Muitos desses déficits revelaram-se receptivos à correção por técnicas específicas (ver Riskind, 1991). Ao descrever uma técnica planejada para ensinar "modulação de conceito" a um paciente de 23 anos com esquizofrenia, Spaulding e col. (1986) escrevem:

A natureza do déficit parecia ser uma tendência a esquematizar uma situação rapidamente, e então persistir com aquela esquematização a despeito de mudanças na situação. [Nota: O termo da terapia cognitiva para esta distorção particular, ou erro de processamento, é "generalização excessiva."] ... Um exercício foi planejado para aumentar sua capacidade de reconceitualizar uma situação social rapidamente, e rejeitar seu estereótipo. Durante 10 sessões de terapia, solicitou-se que o paciente gerasse esquematizações alternativas, primeiro para borrões de tinta e então para cartões do Teste de Apercepção Temática (TAT). Ou seja, ele foi instruído a gerar tantos objetos percebidos (para os borrões de tinta) ou histórias (para os cartões do TAT) quantos pudesse para um único estímulo (p. 571).

Este procedimento foi usado juntamente com aconselhamento, que focalizava-se na importância da flexibilidade conceitual em situações sociais. O tratamento combinado pareceu funcionar (Spaulding e col., 1986).

Inúmeros estudos demonstraram claramente que os esquizofrênicos e outros pacientes psicóticos têm déficits específicos como aqueles avaliados por Spaulding e col. (1986): "tempo de reação simples, mascaramento invertido, intervalo de apreensão, efeitos da distração sobre tarefa de tempo de reação, efeitos associados à redundância sobre a tarefa de tempo de reação, vigilância e estimativa de tamanho" (p. 571). Entretanto, estes déficits estão contextualmente situados dentro de ambientes sociais complexos. Harrow e Miller (1980) encontraram "tomada de perspectiva" prejudicada, definida como segue: "*Perspectiva*, no sentido que usamos, refere-se à capacidade de reconhecer, de forma global e em termos de padrões consensuais amplos, que verbalizações e comportamento particulares são apropriados para uma situação particular" (p. 717; ênfase no original). Similarmente, J. D. Cohen, Servan-Schreiber, Targ e Spiegel (1992) enfatizam uma função cognitiva de mais alto nível, "processamento de contexto" desordenado, para explicar comportamento esquizofrênico. Portanto, os transtornos cognitivos na esquizofrenia são disfuncionais ou maladaptativos em contextos ambientais específicos, e conseqüentemente de formas únicas e pessoais.

Déficits cognitivos tais como tempo de reação simples podem ser estudados experimentalmente. E déficits distintos, identificados independentemente do contexto ambiental natural, podem ser

adequadamente um foco de tentativas de reabilitação cognitiva. Contudo, o paciente descrito por Spaulding e col. (1986) apresentava "comportamento agressivo e conduta hostil" (p. 571), que tinham impedido sua internação para um programa de tratamento psicossocial residencial. A geração de esquematizações alternativas aos borrões de tinta e TAT não constituem uma abordagem tão direta quanto possíveis alternativas, tais como tratar o erro de generalização excessiva do paciente, que estava associado com raiva maladaptativa em contextos naturais específicos. Este exemplo é relevante à recente convergência de atenção sobre a importância de variáveis contextuais entre behavioristas clínicos (Biglan, Glasgow, & Singer, 1990; Jacobson, 1992). A ênfase no contexto diz respeito a se os tratamentos produzem mudanças que persistirão através de situações (Baer, Wolf, & Risley, 1987). Mais pesquisas são necessárias para determinar quando uma intervenção dirigida a ambientes naturais (ver, p.ex., Alford & Jaremko, 1990), em comparação com uma dirigida a níveis básicos de disfunção, pode resultar em resultados diferenciais clinicamente significativos e prevenção de relapso. Na terapia cognitiva padrão, a questão quanto a se a restauração de déficits cognitivos básicos se generaliza ou não para ambientes sociais complexos não surge. Através de experiências de dever de casa da terapia cognitiva, a restauração cognitiva em si ocorre no ambiente natural. Portanto, a validade ecológica é continuamente avaliada durante o tratamento.

### **Situação Empírica dos Tratamentos Cognitivos: Uma Revisão**

Transtornos esquizofrênicos e outros transtornos psicóticos são caracterizados por distúrbios da forma (processo) e conteúdo do pensamento. Resultados positivos no tratamento clínico cognitivo destes transtornos crônicos naturalmente nem sempre são obtidos. Entretanto, estudos preliminares sugerem agora uma aplicação especial para terapia cognitiva no tratamento destas condições relativamente intratáveis (Alford & Beck, 1994; Alford & Correia, 1994; Mórison, 1994, Haddock, & Tarrier, no prelo).

Relatos clínicos há muito têm sugerido a possibilidade de sucesso com essa população de pacientes. Por exemplo, um estudo anterior de um paciente esquizofrênico crônico (revisado acima em "O Foco nas Emoções") mostrou que o paciente era eventualmente capaz de alcançar algum distanciamento de suas produções delirantes (Beck, 1952). Kingdon e Turkington (1991a) descrevem este caso (Beck, 1952) como o primeiro a empregar técnicas de raciocí-

nio no tratamento de pensamento e crenças delirantes, e, portanto, a sugerir a aplicação experimental de terapia cognitiva para tratar transtornos psicóticos.

A situação empírica da terapia cognitiva de esquizofrenia e outros transtornos psicóticos foi recentemente discutida em outro local (Alford & Beck, 1994; Alford & Correia, 1994). Estudos de resultado, incluindo abordagens de terapia individual e abordagens combinadas (familiar, individual, e de redução de estresse), sugerem a utilidade de abordagens cognitivas para sintomas psicóticos. Vários desses estudos de resultado são revisados aqui resumidamente.

Uma abordagem cognitiva anterior à esquizofrenia foi relatada por Watts, Powell, e Austin (1973). Os pacientes eram três indivíduos cuja esquizofrenia incluía graves crenças delirantes paranóides. Os experimentadores conduziram uma entrevista preliminar e elaboraram uma lista de afirmações que refletiam crenças anormais dos indivíduos; 20 afirmações para o primeiro paciente, 23 para o segundo, e 40 para o terceiro foram identificadas. Uma escala de 5 pontos foi usada para classificar a força da crença em cada afirmação, antes e depois da intervenção cognitiva. Quatro princípios foram aplicados na terapia:

1. As crenças com classificação mais forte foram tratadas primeiro a fim de minimizar a reatância ou resistência psicológica. Os experimentadores fizeram esforços para modificar as crenças mais fortemente mantidas apenas após a redução das crenças mais fracas ter sido conseguida.

2. Os pacientes foram instruídos a *considerar* crenças alternativas, em vez de simplesmente aceitar as opiniões dos experimentadores.

3. Foi dada ênfase à avaliação da evidência sobre a qual a crença estava baseada, não simplesmente à avaliação da crença em si.

4. Os participantes foram ensinados a expressar argumentos contra suas próprias crenças.

Os resultados demonstraram que as classificações de força da crença em afirmações delirantes eram reduzidas após a terapia ( $p < .02$  para o indivíduo 1,  $p < .001$  para os indivíduos 2 e 3). *Tratamentos de controle (procedimentos de relaxamento e dessensibilização in vivo)* para os indivíduos 2 e 3 não mudaram as classificações de força da crença do pré-teste para o pós-teste (Watts e col., 1973).

Uma investigação realizada por Hole e col. (1979), mencionada anteriormente neste capítulo, testou uma abordagem cognitiva cooperativa, relativamente não-diretiva aos delírios. As entrevistas eram não-confrontativas e focalizavam-se na experiência introspectiva dos pacientes. Oito pacientes internados com delírios esquizofrênicos (duas mulheres, seis homens) participaram do estudo; eles foram escolhidos aleatoriamente no serviço psiquiátrico da Universidade da Pensilvânia. Para cada crença, cada paciente fornecia classificações de convicção (certeza sobre a idéia delirante, de 0 a 100%) e invasão (tempo que o paciente gastava pensando sobre ou buscando o objetivo delirante).

O resultado foi misto. Quatro pacientes com esquizofrenia crônica grave não apresentaram mudanças significativas nas classificações de invasão (alta) ou convicção (alta). Entretanto, um paciente "acomodou" ou alterou uma crença delirante quando foi apresentado a dados inconsistentes com sua crença. Dois pacientes reduziram marcadamente suas classificações de invasão, mas não suas classificações de convicção. Ao mesmo tempo, eles demonstraram melhora clínica global na busca de objetivos não-delirantes e preocupações sociais por ocasião da alta. Dois pacientes reduziram significativamente as classificações de invasão e convicção.

Alford (1986) relatou o resultado de um paciente de 22 anos internado com esquizofrenia paranóide crônica. Os problemas do paciente incluíam crenças delirantes (a presença de uma "bruxa velha assustadora") e rupturas comportamentais ligadas a estas idéias. O tratamento cognitivo foi conduzido de duas a três vezes por semana. Interpretações alternativas de crenças e experiências alucinatórias foram desenvolvidas com a colaboração do paciente. Um plano A-B-A-B, com sessões de controle de placebo durante fases basais, demonstrou uma diminuição na força das crenças delirantes durante o tratamento. Os membros da equipe de enfermagem, que não foram informados em relação às fases experimentais, reduziram as medicações neurolépticas durante as fases de tratamento ativo (Alford, 1986). Três meses após o tratamento, as habilidades metacognitivas adquiridas pelo paciente (automonitoração e avaliação crítica de pensamentos) e melhoras comportamentais tinham persistido parcialmente.

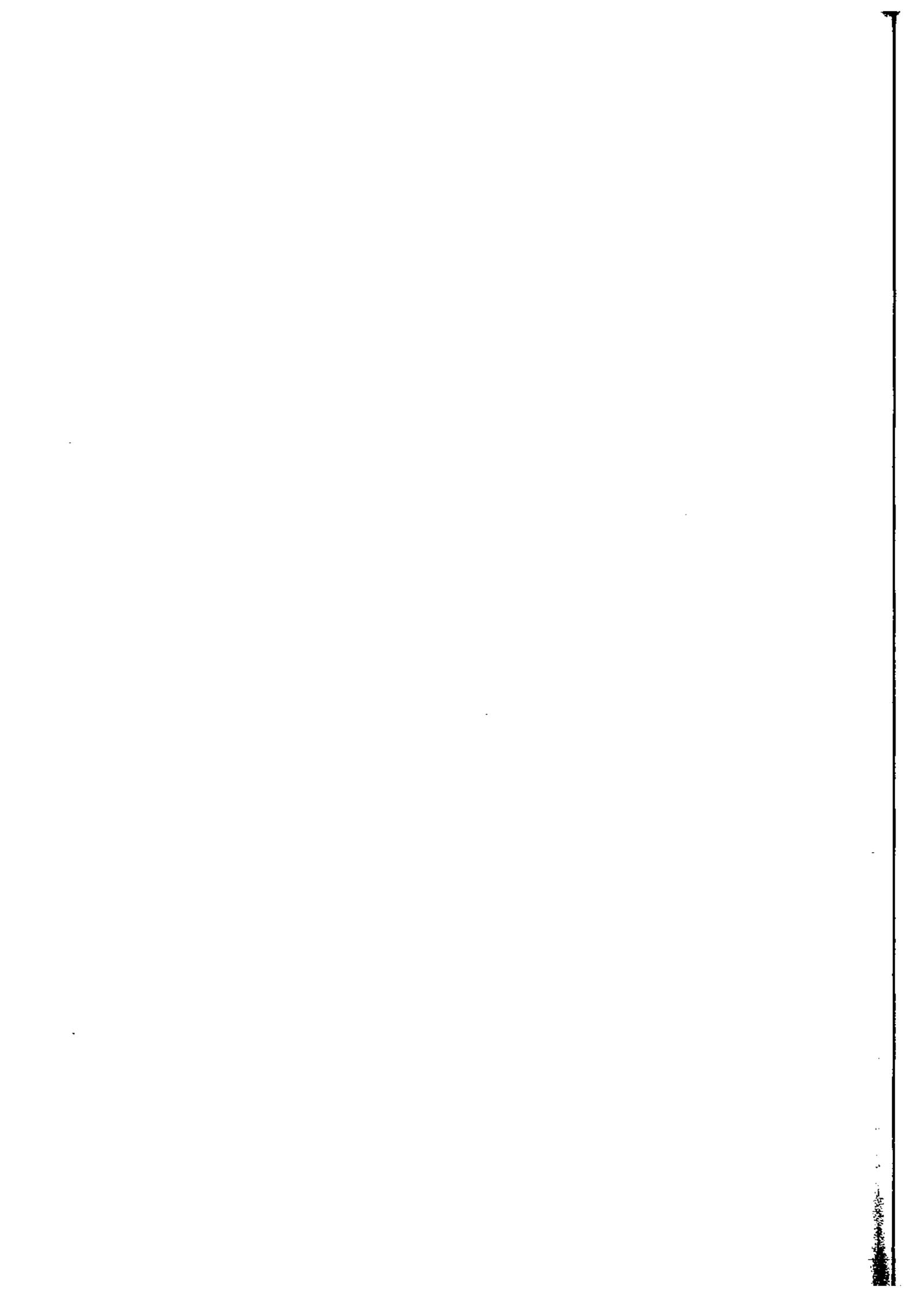
Um outro estudo, de Chadwick e Lowe (1990), avaliou igualmente a efetividade do tratamento cognitivo de crenças delirantes. Seis pacientes externos que tinham tido esquizofrenia crônica por dois anos ou mais, e que tinham tido idéias delirantes por mais de oito anos, encontraram-se com um pesquisador que expressou um desejo de discutir as suas crenças. Nenhum participante foi informado do propósito do estudo. Foram feitas classificações de convic-

ção (como em Alford, 1986, e Hole e col., 1979), preocupação e ansiedade associada com as crenças delirantes; os pacientes forneceram estas classificações para cada crença após cada sessão durante todo o estudo. Cada paciente encontrou-se com um pesquisador para sessões semanais de uma hora durante todo o estudo. A fase 1 utilizou entrevistas para estabelecer *rapport* e definir crenças. Durante a fase 2 (basal), foram obtidas informações sobre a opinião do paciente da evidência para cada crença delirante. Um "desafio verbal" foi feito durante a fase 3; ou seja, o experimentador sugeria que a crença era "apenas uma possível interpretação de eventos." Não era dito que as crenças do paciente eram incorretas, mas era solicitado que o paciente comparasse as interpretações do experimentador com as suas próprias. Para desenvolver habilidades metacognitivas, foi apresentada a maneira na qual as crenças iniciais determinam futuro processamento da evidência. As crenças eram desafiadas em três estágios: (1) eram observadas inconsistências; (2) eram dadas explicações alternativas; e (3) o pesquisador sugeria diretamente as melhores explicações alternativas e demonstrações de "teste de realidade" eram fornecidas quando necessário. Ao final da experiência, cinco dos seis pacientes tinham reduzido suas classificações de convicção. Melhora sem substituição de sintoma foi observada em um breve inventário de sintomas e no Inventário da Depressão de Beck, e esta melhora foi mantida em um acompanhamento de seis meses.

Em resumo, os estudos conduzidos até agora sugerem que as abordagens cognitivas podem desempenhar um papel cada vez mais importante no tratamento e no manejo de sintomas psicóticos. A terapia cognitiva padrão trata tanto conteúdo cognitivo desordenado quanto processamento cognitivo falho ("transtorno de pensamento formal"). A terapia cognitiva com pacientes esquizofrênicos e outros pacientes psicóticos enfatiza o estabelecimento da relação terapêutica e trata das emoções. A terapia cognitiva padrão reestrutura o autoconceito negativo e, através de exercícios para casa, facilita a validade ecológica. Refinamentos adicionais são esperados a partir dos resultados dos projetos de pesquisa atualmente em andamento.

## Nota

- 1 Partes deste capítulo são adaptadas de Alford e Beck (1994) e Correia (1994). Copyright 1994 por Elsevier Science Ltd. e pela Association for Advancement of Behavior Therapy, respectivamente. Adaptado com permissão.





# Epílogo

Uma tese central deste livro é que certas características da terapia cognitiva podem permitir que ela sirva como paradigma unificador para o entendimento das origens proximais e distais da psicopatologia e dos mecanismos de psicoterapia efetiva. Como sistema científico da psicoterapia, a terapia cognitiva baseia-se em uma teoria abrangente de psicopatologia. Sua teoria é consistente com as técnicas específicas aplicadas por terapeutas cognitivos na prática clínica. Seus axiomas teóricos estão logicamente relacionados uns com os outros, e a teoria é internamente consistente, econômica, testável e ampla em seu âmbito de aplicação. Além disso, a terapia cognitiva baseia-se em uma teoria da personalidade sustentável (Beck, 1996; Beck e col., 1990). Pesquisa empírica de resultados e outros estudos foram realizados para demonstrar sua efetividade.

A abrangência da terapia cognitiva foi ampliada para incluir muitos transtornos além da depressão clínica (o foco original da terapia e da pesquisa cognitivas). Os capítulos anteriores forneceram exemplos de como o foco cognitivo do tratamento evoluiu juntamente com o aumento no âmbito de aplicação. Na verdade, um foco dicotômico (p.ex., técnicas *vs.* o relacionamento interpessoal) nunca foi a abordagem da terapia cognitiva (ver Beck e col., 1979, Cap. 3); ela seria especialmente ineficaz no tratamento clínico de transtornos complexos, tais como aqueles que estão sendo tratados hoje por terapeutas cognitivos. As estratégias de tratamento evoluíram e se tornaram mais especializadas com o passar dos anos, e o tratamento de cada transtorno requer áreas especiais de competência.

A terapia cognitiva demonstrou integrar inúmeras dimensões que têm historicamente dividido as várias escolas de psicoterapia. Por exemplo, no Capítulo 2, demonstramos como a terapia cognitiva resolve a questão de dimensões ou causas internas *versus* externas

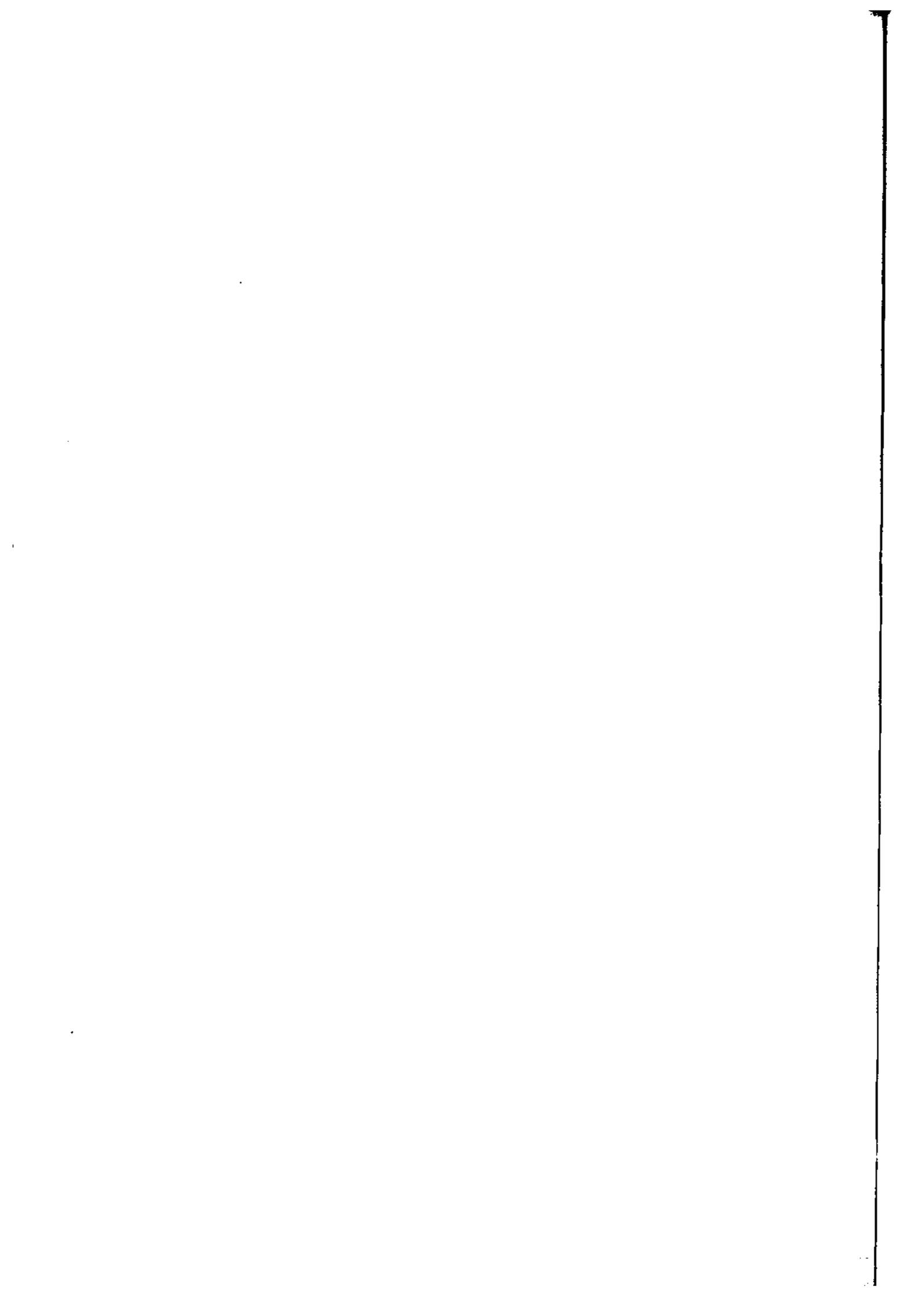
(ambientais) de psicopatologia; enunciamos como a teoria cognitiva incorpora explicações de comportamento de *feedback* ambiental (causal final), além dos relatos "mecanicistas" (causal eficiente) mais tradicionais. A estrutura teórica da terapia cognitiva estabelece um foco nas questões interpessoais, emoções, e auto-conceito. Ela trata de conteúdo cognitivo e processos cognitivos. Pessoas significativas são incluídas nas sessões de terapia, e o contexto ambiental é levado em consideração como um fator causal na psicopatologia. A terapia cognitiva padrão não negligencia o foco no inconsciente, mas, antes, busca tornar consciente o conteúdo cognitivo inconsciente. Contrário ao que comumente se acredita, a terapia cognitiva trata de experiências passadas, da relação com o terapeuta, e dos relacionamentos com pessoas significativas fora do contexto da terapia. Portanto, a terapia cognitiva não apenas lida efetivamente com esferas tipicamente associadas com psicoterapia interpessoal, comportamental e psicodinâmica; ela fornece uma estrutura teórica unificadora dentro da qual as técnicas clínicas de outras abordagens psicoterapêuticas estabelecidas e validadas podem ser adequadamente incorporadas. Pela assimilação de técnicas comprovadas que são teoricamente consistentes com a perspectiva cognitiva, a terapia cognitiva fornece um paradigma coerente e evolutivo para a prática clínica.

Visto que o nível primário de análise na terapia cognitiva é aquele de consciência pessoal ou atribuição de significado – ou seja, o foco está na visão *do paciente* sobre os eventos – uma abordagem cooperativa ao tratamento está assegurada. A importância dos fatores interpessoais (a "relação terapêutica") no processo de psicoterapia recebe muitíssima ênfase na terapia cognitiva, particularmente no tratamento de transtornos crônicos. Isto é relevante à teoria cognitiva como terapia integrativa, dado o papel da relação terapêutica como fator comum através dos vários sistemas de psicoterapia.

O Capítulo 4 deste livro oferece uma consideração crítica de questões dentro do movimento contemporâneo para fornecer uma abordagem abrangente ou "integrativa" à psicoterapia. Chegamos à conclusão que a terapia cognitiva – tipicamente considerada uma terapia unidimensional, de "forma pura" – é em si um sistema científico de psicoterapia abrangente que alcança muitos dos objetivos dos integracionistas. Ela inclui procedimentos clínicos tecnicamente ecléticos, mas os baseia em uma estrutura teórica consistente que provou ser um paradigma testável e, conseqüentemente, em evolução para a prática clínica.

Finalmente, o movimento de integração da psicoterapia pelo menos contribuiu para nossa avaliação da diversidade e da competição dentro dos campos de psicopatologia e psicoterapia. O próprio

movimento contemporâneo de integração da psicoterapia – ao procurar substituir os sistemas estabelecidos por abordagens “integrativas” – resultou em novas rivalidades. Entretanto, pareceria haver um equilíbrio ideal entre cooperação (integração) e a competição entre escolas de pensamento. Na verdade, alguns dentro do movimento integracionista sugeriram que o “caos” mais do que a unificação predomina agora como resultado de competições entre as várias escolas de psicoterapia eclética e integrativa (A. A. Lazarus & Messer, 1991, p. 144). A solução para este conflito pareceria ser a existência de teorias coerentes que sejam testáveis, e que sejam testadas – tanto por aqueles que as propõem quanto por pesquisadores independentes. Conforme refletido na dedicatória deste livro, muitas das teorias que competem com conceitualizações cognitivas serviram para ajudar a assegurar a contínua evolução da teoria cognitiva. Teorias científicas concorrentes, do mesmo modo que críticos e pesquisadores estudiosos da terapia cognitiva, desempenham um papel dialético na contínua avaliação e refinamento da teoria cognitiva clínica.





# Referências bibliográficas

- Adams, H. E., Malatesta, v., Brantley, P. J., & Turkat, I. D. (1981). Modification of cognitive processes: A case study of schizophrenia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49*, 460-64.
- Ainslie, G. (1975). Specious reward: A behavioral theory of impulsiveness and impulse control. *Psychological Bulletin, 82*, 463-96.
- Alford, B. A. (1984). Clinical effects of increasing goal relevant positive verbalizations within a naturally occurring verbal community (Doctoral dissertation, University of Mississippi, 1984). *Dissertation Abstracts International, 45-05B*, 1578. (University Microfilms n° 84-15,690).
- Alford, B. A. (1986). Behavioral treatment of schizophrenic delusions: A single-case experimental analysis. *Behavior Therapy, 17*, 637-644.
- Alford, B. A. (1991). Integration of scientific criteria into the psychotherapy integration movement. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 22*(3), 211-216.
- Alford, B. A. (1993a). Brief cognitive psychotherapy of panic disorder. In R. A. Wells & V. J. Gianetti (Eds.), *Casebook of the brief psychotherapies* (p. 65-75). New York: Plenum Press.
- Alford, B. A. (1993b). Contextualistic behaviorism, radical behaviorism, and cognitive therapy. *The Behavior Therapist, 16*, 201-203.
- Alford, B. A. (1995). Introduction to the special issue: "Psychotherapy integration" and cognitive psychotherapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 9*(3), 147-151.
- Alford, B. A. (in press). Theories of psychotherapy versus integrative ideology: A reply to Castonguay and Goldfried. *Applied and Preventive Psychology*.
- Alford, B. A., & Beck, A. T. (1994). Cognitive therapy of delusional beliefs. *Behaviour Research and Therapy, 32*(3), 369-380.
- Alford, B. A., Beck, A. T., Freeman, A., & Wright, F. D. (1990). Brief focused cognitive therapy of panic disorder. *Psychotherapy, 27*(2), 230-234.
- Alford, B. A., & Carr, S. M. (1992). Cognition and classical conditioning in panic disorder. *The Behavior Therapist, 15*(6), 143-147.
- Alford, B. A., & Correia, C. J. (1994). Cognitive therapy of schizophrenia: Theory and empirical status. *Behavior Therapy, 25*, 17-33.

- Alford, B. A., & Jaremko, M. E. (1990). Behavioral design of a positive verbal community: A preliminary experimental analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 21*, 173-184.
- Alford, E. A., Lester, J., Patel, R., Buchanan, J. P., & Giunta, L. (1995). Hopelessness predicts future depressive symptoms: A prospective analysis of cognitive vulnerability and cognitive content specificity. *Journal of Clinical Psychology, 51*, 331-339.
- Alford, E. A., & Norcross, J. C. (1991). Cognitive therapy as integrative therapy. *Journal of Psychotherapy Integration, 1*(3), 175-190.
- Alford, E. A., Richards, C., & Hanych, J. (1995). The causal status of private events. *The Behavior Therapist, 18*, 57-58.
- Allen, H., & Bass, C. (1992). Coping tactics and the management of acutely distressed schizophrenic patients. *Behavioural Psychotherapy, 20*, 61-72.
- American Board of Professional Psychology (ABPP). (1996). *Manual for oral examinations*. Columbia, MO: Author.
- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2nd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Amsel, A. (1989). *Behaviorism, neobehaviorism, and cognitivism in learning theory: Historical and contemporary perspectives*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Andrews, J. D. W., Norcross, J. C., & Halgin, R. P. (1992). Training in psychotherapy integration. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (p. 563-592). New York: Basic Books.
- Argyle, N. (1988). The nature of cognitions in panic disorder. *Behaviour Research and Therapy, 26*(3), 261-264.
- Arkowitz, H. (1991). Introductory statement: Psychotherapy integration comes of age. *Journal of Psychotherapy Integration, 1*(1), 1-3.
- Arkowitz, H. (1992). Integrative theories of therapy. In D. K. Freedheim (Ed.), *History of psychotherapy: A century of change* (p. 261-303). Washington, DC: American Psychological Association.
- Arkowitz, H., & Hannah, M. T. (1989). Cognitive, behavioral, and psychodynamic therapies: Converging or diverging pathways to change. In A. Freeman, K. M. Simon, L. E. Beutier, & H. Arkowitz (Eds.), *Comprehensive handbook of cognitive therapy* (p. 143-167). New York: Plenum Press.
- Arkowitz, H., & Messer, S. E. (Eds.). (1984). *Psychoanalytic therapy and behavior therapy: Is integration possible?* New York: Plenum Press.
- Arnkoff, D. E. (1981). Flexibility in practicing cognitive therapy. In G. Emery, S. D. Hollon, & R. C. Bedrosian (Eds.), *New directions in cognitive therapy* (p. 203-223). New York: Guilford Press.
- Arnkoff, D. E., & Glass, C. R. (1992). Cognitive therapy and psychotherapy integration. In D. F. Freedheim (Ed.), *History of psychotherapy: A century of change* (p. 657-694). Washington, DC: American Psychological Association.
- Ayllon, T., & Azrin, N. H. (1964). Reinforcement and instructions with mental patients. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 7*, 327-331.
- Ayllon, T., & Haughton, E. (1964). Modification of symptomatic verbal behaviour of mental patients. *Behaviour Research and Therapy, 2*, 87-97.
- Baer, D. M., Wolf, M. M., & Risley, T. R. (1987). Some still-current dimensions of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis, 20*, 313-327.

- Barkow, J., Cosmides, L., & Tooby, J. (1992). *The adapted mind: Evolutionary psychology and the generation of culture*. New York: Oxford University Press.
- Barkow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders*. New York: Guilford Press.
- Barkow, D. H., Craske, M. G., Cerny, J. A., & Kiosko, J. 5. (1989). Behavioral treatment of panic disorder. *Behavior Therapy, 20*(2), 261-282.
- Baron-Cohen, S. (1995). *Mindblindness: An essay on autism and theory of mind*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Barrowclough, C., & Tarrrier, N. (1987). A behavioural family intervention with a schizophrenic patient: A case study. *Behavioural Psychotherapy, 15*, 252-271.
- Barrowclough, C., & Tarrrier, N. (1992). Interventions with families. In M. Birchwood & N. Tarrrier (Eds.), *Innovations in the psychological management of schizophrenia: Assessment, treatment and services* (p. 79-101). Chichester, England: Wiley.
- Baumbacher, G. D. (1989). Signal anxiety and panic attacks. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 26*(1), 75-80.
- Beck, A. T. (1952). Successful outpatient psychotherapy of a chronic schizophrenic with a delusion based on borrowed guilt. *Psychiatry, 15*, 305-312.
- Beck, A. T. (1961). A systematic investigation of depression. *Comprehensive Psychiatry, 2*, 163-170.
- Beck, A. T. (1964). Thinking and depression: 2. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry, 10*, 561-571
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T. (1970a). Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. *Behavior Therapy, 1*, 18-200.
- Beck, A. T. (1970b). Role of fantasies in psychotherapy and psychopathology. *Journal of Nervous and Mental Disease, 150*(1), 3-17.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T. (1984a). Cognition and therapy [Letter to the editor]. *Archives of General Psychiatry, 41*, 1112-1114.
- Beck, A. T. (1984b). Cognitive therapy, behavior therapy, psychoanalysis, and pharmacotherapy: A cognitive continuum. In J. E. W. Williams & R. L. Spitzer (Eds.), *Psychotherapy research: Where are we and where should we go?* (p. 11-134). New York: Guilford Press.
- Beck, A. T. (1985a). Cognitive therapy. In H. I. Kaplan & E. J. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (4th ed., Vol. 2, p. 1432-1438). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Beck, A. T. (1985b). Theoretical perspectives on clinical anxiety. In A. H. Tuma & J. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders* (p. 183-196). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Beck, A. T. (1987a). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 1*(1) 5-37.
- Beck, A. T. (1987b). Cognitive therapy. In J. K. Zeig (Ed.), *The evolution of psychotherapy* (p. 149-163). New York: Brunner/Mazel.
- Beck, A. T. (1988a). Cognitive approaches to panic disorder: Theory and therapy. In S. Rachman & J. D. Maser (Eds.), *Panic: Psychological perspectives* (p. 91-109). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

- Beck, A. T. (1988b). *Love is never enough*. New York: Harper & Row.
- Beck, A. T. (1989). Foreword. In J. Scott, J. M. G. Williams, & A. T. Beck (Eds.), *Cognitive therapy in clinical practice: An illustrative casebook* (p. VII-XV). London: Routledge & Kegan Paul.
- Beck, A. T. (1991a). Cognitive therapy as *the* integrative therapy: Comments on Alford and Norcross. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1(3), 191-198.
- Beck, A. T. (1991b). Cognitive therapy: A 30-year retrospective. *American Psychologist*, 46(4), 368-375.
- Beck, A. T. (1992). *Controversial issues in cognitive therapy: Conversation with A. T. Beck* (Cassette Recording No. 920617-280, World Congress of Cognitive Therapy). Richmond Hill, Ontario: Audio Archives of Canada.
- Beck, A. T. (1994). Foreword. In D. G. Kingdon & D. Turkington (Eds.), *Cognitive-behavioral therapy of schizophrenia* (p. V-VII). New York: Guilford Press.
- Beck, A. T. (1996). Beyond belief: A theory of modes, personality, and psychopathology. In P. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (p. 1-25). New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of anxiety and phobic disorders*. Philadelphia: Center for Cognitive Therapy.
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A. T., Freeman, A., & Associates. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., & Greenberg, R. L. (1988). Cognitive therapy of panic disorders. In R. E. Hales & A. J. Frances (Eds.), *American Psychiatric Press review of psychiatry* (Vol. 7, p. 571-583). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Beck, A. T., & Hollon, S. (1993). Controversies in cognitive therapy: A dialogue with Aaron T. Beck and Steve Hollon. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 7(2), 79-93.
- Beck, A. T., Laude, R., & Bohnert, M. (1974). Ideational components of anxiety neurosis. *Archives of General Psychiatry*, 31, 319-325.
- Beck, A. T., Newman, C. F., & Wright, F. D. (1989). The Center for Cognitive Therapy at the University of Pennsylvania: Education and training. *The Behavior Therapist*, 12(10), 253-254.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Sokol, L., Clark, D. A., Berchick, R., & Wright, F. (1992). A crossover study of focused cognitive therapy of panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149, 778-783.
- Bentall, R. P., Kinderman, P., & Kaney, S. (1994). The self, attributional processes and abnormal beliefs: Towards a model of persecutory delusions. *Behaviour Research and Therapy*, 32(3), 331-341.
- Bergin, A. E., & Garfield, S. L. (1994). Overview, trends, and future issues. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., p. 821-830). New York: Wiley.
- Beutler, L. E. (1983). *Eclectic psychotherapy: A systematic approach*. Elmsford, NY: Pergamon Press.
- Beutler, L. E. (1986). Systematic eclectic psychotherapy. In J. C. Norcross (Ed.), *Handbook of eclectic psychotherapy* (p. 94-131). New York: Brunner/Mazel.

- Biglan, A., Glasgow, R. E., & Singer, G. (1990). The need for a science of larger social units: A contextual approach. *Behavior Therapy, 21*, 195-215.
- Bolles, R. C. (1972). Reinforcement, expectancy, and learning. *Psychological Review, 79*(5), 394-409.
- Bouton, M. E. (1994). Context, ambiguity, and classical conditioning. *Current Directions in Psychological Science, 3*(2), 49-53.
- Brehm, J. W. (1966). *A theory of psychological reactance*. New York: Academic Press.
- Brehm, S. S. (1976). *The application of social psychology to clinical practice*. New York: Wiley.
- Brewer, W. F. (1974). There is no convincing evidence for operant or classical conditioning in adult humans. In W. Weimer & D. Palermo (Eds.), *Cognition and the symbolic processes* (p. 1-2). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Calef, R. S., Haupt, A. L., & Choban, M. C. (1994). Delay of reinforcement effects without goal-box confinement. *Psychological Reports, 75*(1), 451-455.
- Castonguay, L. G., & Goldfried, M. R. (1994). Psychotherapy integration: An idea whose time has come. *Applied and Preventive Psychology, 3*, 159-172.
- Chadwick, P., & Birchwood, M. (1996). *Cognitive therapy with delusions and hallucinations*. New York: Wiley.
- Chadwick, P. D. J., & Lowe, C. F. (1990). Measurement and modification of delusional beliefs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*(2), 225-232.
- Chance, P. (1988). *Learning and behavior* (2nd ed.). Belmont, CA: Wadsworth.
- Clark, D. A. (1995). Perceived limitations of standard cognitive therapy: A consideration of efforts to revise Beck's theory and therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 9*(3), 153-172.
- Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy, 24*, 461-70.
- Clark, D. M., Salkovskis, P. M., & Chalkley, A. J. (1985). Respiratory control as a treatment for panic attacks. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 16*(1), 23-30.
- Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Hackmann, A., Middleton, H., Anastasiades, P., & Gelder, M. (1992). A comparison of cognitive therapy, applied relaxation and Imipramine in the treatment of panic disorder. *British Journal of Psychiatry, 164*, 759-769.
- Clements, K., & Turpin, G. (1992). Vulnerability models and schizophrenia: The assessment and prediction of relapse. In M. Birchwood & N. Tarrrier (Eds.), *Innovations in the psychological management of schizophrenia: Assessment, treatment and services* (p. 21-47). Chichester, England: Wiley.
- Cloitre, M., Shear, M. K., Cancienne, J., & Zeitlin, S. (1992, November). *Implicit and explicit memory for catastrophic associations to bodily sensation words*. Paper presented at the 26th Annual Meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Boston.
- Cohen, J., & Stewart, L. (1994). *The collapse of chaos: Discovering simplicity in a complex world*. New York: Viking.
- Cohen, J. D., Servan-Schreiber, D., Targ, F., & Spiegel, D. (1992). The fabric of thought disorder: A cognitive neuroscience approach to disturbances in the processing of context in schizophrenia. In D. J. Stein & J. E. Young (Eds.), *Cognitive science and clinical disorders* (p. 99-127). San Diego: Academic Press.

- Coyne, J. C. (1994). Possible contributions of "cognitive science" to the integration of psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, (4-4), 401-16.
- Craske, M. G., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1991). Behavioral treatment of panic disorder: A two-year follow-up. *Behavior Therapy*, 22, 289-304.
- Craske, M. G., Miller, P. P., Rotunda, R., & Barlow, D. H. (1990). A descriptive report of features of initial unexpected panic attacks in minimal and extensive avoiders. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 395-00.
- Crick, F. (1994). *The astonishing hypothesis: The scientific search for the soul*. New York: Scribner's.
- Crowe, R. R. (1990). Panic disorder: Genetic considerations. *Journal of Psychiatric Research*, 24, 129-134.
- Dalgleish, T., & Watts, F. N. (1990). Biases of attention and memory in disorders of anxiety and depression. *Clinical Psychology Review*, 10, 589-604.
- Davey, G. (Ed.). (1987a). *Cognitive processes and Pavlovian conditioning in humans*. New York: Wiley.
- Davey, G. (1987b). An integration of human and animal models of Pavlovian conditioning: Associations, cognitions, and attributions. In G. Davey (Ed.), *Cognitive processes and Pavlovian conditioning in humans* (p. 83-114). New York: Wiley.
- Davey, G. (1992). Classical conditioning and the acquisition of human fears and phobias: A review and synthesis of the literature. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 14, 29-66.
- Dickinson, A. (1980). *Contemporary animal learning theory*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Dickinson, A. (1987). Animal conditioning and learning theory. In H. J. Fysenck & I. Martin (Eds.), *Theoretical foundations of behavior therapy* (p. 57-79). New York: Plenum Press.
- Dingman, C. W., & McGlashan, T. H. (1989). Psychotherapy. In A. S. Bellack (Ed.), *A clinical guide for the treatment of schizophrenia* (p. 263-282). New York: Plenum Press.
- Dobson, K. S. (1989). A metaanalysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(3), 414-19.
- Dougher, M. J. (1993). On the advantages and implications of a radical behavioral treatment of private events. *The Behavior Therapist*, 16, 20-206.
- Eifert, G. H., & Evans, I. M. (Eds.). (1990). *Unzfring behavior therapy: Contributions of paradigmatic behaviorism*. New York: Springer.
- Eifert, G. H., Forsyth, J. P., & Schauss, S. L. (1993). Unifying the field: Developing an integrative paradigm for behavior therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 24(2), 107-118.
- Ellis, A. (1965). An answer to some objections to rational-emotive psychotherapy. *Psychotherapy*, 2(3), 108-111.
- Ellis, A. (1993). Reflections on rational-emotive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 199-201.
- Emmelkamp, P. M. G. (1994). Behavior therapy with adults. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., p. 379-27). New York: Wiley.
- Epstein, S. (1994). Integration of the cognitive and the psychodynamic unconscious. *American Psychologist*, 49(8), 709-724.

- Epstein, S., Lipson, A., Holstein, C., & Huh, E. (1992). Irrational reactions to negative outcomes: Evidence for two conceptual systems. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62(2), 328-339.
- Eysenck, H. J. (1994). The outcome problem in psychotherapy: What have we learned? *Behaviour Research and Therapy*, 32(5), 477-95.
- Fishman, D. B., & Franks, C. M. (1992). Evolution and differentiation within behavior therapy: A theoretical and epistemological review. In D. K. Freedheim (Ed.), *History of psychotherapy: A century of change* (p. 159-196). Washington, DC: American Psychological Association.
- Flanagan, O. (1992). *Consciousness reconsidered*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Flavell, J. H. (1984). Cognitive development during the postinfancy years. In H. W. Stevenson & J. Qicheng (Eds.), *Issues in cognition: Proceedings of a joint conference in psychology* (p. 1-17). Washington, DC: National Academy of Sciences/American Psychological Association.
- Foa, E. B., Ilai, D., McCarthy, P. R., Shoyer, B., & Murdock, T. (1993). Information processing in obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 17, 173-189.
- Frank, J. D. (1973). *Persuasion and healing* (2nd ed.). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Frank, J. D. (1980). Aristotle as psychotherapist. In M. J. Mahoney (Ed.), *Psychotherapy process: Current issues and future directions* (p. 335-337). New York: Plenum Press.
- Frank, J. D. (1982). Therapeutic components shared by all psychotherapies. In J. Harvey & M. Parks (Eds.), *Psychotherapy research and behavior change: 1981 Master Lecture Series*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Franks, C. M. (1984). A rejoinder to Leon Salzman. In H. Arkowitz & S. B. Messer (Eds.), *Psychoanalytic therapy and behavior therapy: Is integration possible?* (p. 253-254). New York: Plenum Press.
- Freeman, W. J. (1991). The physiology of perception. *Scientific American*, 264, 78-85.
- Freud, S. (1950). Mourning and melancholia. In E. Jones (Ed.), *Sigmund Freud: Collected papers* (Vol. 4, p. 152-172). London: Hogarth Press. (Original work published 1917)
- Fritze, J., Forthner, B., Schmitt, B., & Thaler, U. (1988). Cognitive training adjunctive to pharmacotherapy in schizophrenia and depression: A pilot study on the lateralization hypothesis of schizophrenia and depression, and cognitive therapy as adjunctive treatment. *Neuropsychobiology*, 19, 45-50.
- Garfield, E. (1992, November). A citationist perspective of psychoology: Most cited papers, 1986-1990. *APS Observer*, p. 8-9.
- Garfield, S.L. (1980). *Psychotherapy: An eclectic approach*. New York: Wiley.
- Garfield, S. L. (1986). An eclectic psychotherapy. In J. C. Norcross (Ed.), *Handbook of eclectic psychotherapy* (p. 132-162). New York: Brunner/Mazel.
- Gelder, M. G. (1986). Panic attacks: New approaches to an old problem. *British Journal of Psychiatry*, 149, 346-352.
- Gelder, M. G., & Marks, L. M. (1966). Severe agoraphobia: A controlled prospective trial of behaviour therapy. *British Journal of Psychiatry*, 112, 309-319.
- Gilbert, P. (1989). *Human nature and suffering*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Gluhoski, V. L. (1994). Misconceptions of cognitive therapy. *Psychotherapy*, 31(4), 594-600.

- Goldfried, M. R. (1980). Toward the delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist*, 35, 991-999.
- Goldfried, M. R., & Davison, G. C. (1976). *Clinical behavior therapy*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Goldfried, M. R., & Newman, C. (1986). Psychotherapy integration: An historical perspective. In J. C. Norcross (Ed.), *Handbook of eclectic psychotherapy* (p. 25-61). New York: Brunner/Mazel.
- Goldman, A. I. (1993). Consciousness, folk psychology, and cognitive science. *Consciousness and Cognition*, 2, 36-382.
- Green, M. F. (1993). Cognitive remediation in schizophrenia: Is it time yet? *American Journal of Psychiatry*, 150, 178-187.
- Greenberg, L. S., Elliott, R. K., & Lietaer, G. (1994). Research on experiential psychotherapies. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., p. 509-539). New York: Wiley.
- Greenwood, V.B. (1983). Cognitive therapy with the young adult chronic patient. In A. Freeman (Ed.), *Cognitive therapy with couples and groups* (p. 183-198). New York: Plenum Press.
- Grencavage, L. M., & Norcross, J. C. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Professional Psychology: Research and Practice*, 21(5), 372-378.
- Haaga, D. A. F. (1986). A review of the common principles approach to integration of psychotherapies. *Cognitive Therapy and Research*, 10(5), 527-538.
- Haaga, D. A. F., & Beck, A. T. (1995). Perspectives on depressive realism: Implications for cognitive theory of depression. *Behaviour Research and Therapy*, 33(1), 41-48.
- Haaga, D. A. F., Dyck, M. J., & Ernst, D. (1991). Empirical status of cognitive theory of depression. *Psychological Bulletin*, 110, 215-236.
- Halford, W. K. (1991). Beyond expressed emotion: Behavioral assessment of family interaction associated with the course of schizophrenia. *Behavioral Assessment*, 13, 199-123.
- Hand, L., Lamontagne, Y., & Marks, L. M. (1974). Group exposure (finding) *in vivo* for agoraphobics. *British Journal of Psychiatry*, 124, 588-602.
- Harris, M. J. (1994). Self-fulfilling prophecies in the clinical context: Review and implications for clinical practice. *Applied and Preventive Psychology*, 3, 145-158.
- Harrow, M., & Miller, J. G. (1980). Schizophrenic thought disorders and impaired perspective. *Journal of Abnormal Psychology*, 89, 717-727.
- Hatfield, A. B. (1989). Patients' accounts of stress and coping in schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 1141-1145.
- Hayes, L. J., & Chase, P. N. (1991). *Dialogues on verbal behavior*. Reno, NV: Context Press.
- Hayes, S. C., & Wilson, K. G. (1993). Some applied implications of a contemporary behavior-analytic account of verbal events. *The Behavior Analyst*, 16, 283-301.
- Heinssen, R. K., & Victor, B. J. (1994). Cognitive-behavioral treatments for schizophrenia: Evolving rehabilitation techniques. In W. Spaulding (Ed.), *Cognitive technology in psychiatric rehabilitation* (p. 1-44). Lincoln: University of Nebraska Press.

- Henry, W. P., Strupp, H. H., Schacht, T. E., & Gaston, L. (1994). Psychodynamic approaches. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., p. 467-508). New York: Wiley.
- Hibbert, G. A. (1984). Ideational components of anxiety: Their origin and content. *British Journal of Psychiatry*, *144*, 618-624.
- Himadi, B., Osteen, F., & Crawford, E. (1993). Delusional verbalizations and beliefs. *Behavioral Residential Treatment*, *8*, 229-242.
- Himadi, B., Osteen, F., Kaiser, A. J., & Daniel, K. (1991). Assessment of delusional beliefs during the modification of delusional verbalizations. *Behavioral Residential Treatment*, *6*(5), 355-366.
- Holden, C. (1994). Scholars defend bell curve. *Science*, *266*, 1811.
- Hole, R. W., Rush, A. J., & Beck, A. T. (1979). A cognitive investigation of schizophrenic delusions. *Psychiatry*, *42*, 312-319.
- Holland, P. C., & Rescorla, R. A. (1975). The effect of two ways of devaluing the unconditioned stimulus after first- and second order appetitive conditioning. *Journal of Experimental Psychology: Animal Behavior Processes*, *1*, 355-363.
- Holland, P. C., & Straub, J. J. (1979). Differential effects of two ways of devaluing the unconditioned stimulus after Pavlovian appetitive conditioning. *Journal of Experimental Psychology: Animal Behavior Processes*, *5*, 65-78.
- Hollon, S. D., & Beck, A. T. (1994). Cognitive and cognitive-behavioral therapies. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., p. 428-466). New York: Wiley.
- Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., & Seligman, M. E. P. (1992). Cognitive therapy and the prevention of depression. *Applied and Preventive Psychology*, *1*, 89-95.
- Hollon, S. D., & Garber, J. (1990). Cognitive therapy for depression: A social cognitive perspective. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *16*, 58-73.
- Hollon, S. D., & Najavits, L. (1988). Review of empirical studies of cognitive therapy. In A. J. Frances & R. E. Hales (Eds.), *American Psychiatric Press review of psychiatry* (Vol. 7, p. 643-666). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Horowitz, M. J. (1991). States, schemas, and control: General theories for psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, *1*(2), 85-102.
- Jacobson, N. S. (1985a). The role of observational measures in behavior therapy outcome research. *Behavioral Assessment*, *7*, 297-308.
- Jacobson, N. S. (1985b). Uses versus abuses of observational measures. *Behavioral Assessment*, *7*, 323-330.
- Jacobson, N. S. (1992). Behavioral couple therapy: A new beginning. *Behavior Therapy*, *23*(4), 493-506.
- Johnson, S. M., & White, G. (1971). Self-observation as an agent of behavioral change. *Behavior Therapy*, *2*, 488-97.
- Kazdin, A. E. (1978). *History of behavior modification: Experimental foundation of contemporary research*. Baltimore: University Park Press.
- Kazdin, A. E. (1984). Integration of psychodynamic and behavioral psychotherapies: Conceptual versus empirical synthesis. In H. Arkowitz & S. B. Messer (Eds.), *Psychoanalytic therapy and behavior therapy: Is integration possible?* (p. 139-170). New York: Plenum Press.
- Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs* (2 vols.). New York: Norton.

- Kenardy, J., Evans, L., & Oei, T. P. S. (1988). The importance of cognitions in panic attacks. *Behavior Therapy*, 19(3), 471-483.
- Kendall, P. C. (1977). On the efficacious use of verbal self-instructional procedures with children. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 331-341.
- Kendall, P. C. (1993). Cognitive-behavioral therapies with youth: Guiding theory, current status, and emerging developments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 235-247.
- Kendall, P. C., & Braswell, L. (1985). *Cognitive-behavioral therapy for impulsive children*. New York: Guilford Press.
- Kendall, P. C., & Finch, A. J., Jr. (1976). A cognitive-behavioral treatment for impulse control: A case study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 852-857.
- Kihlstrom, J. F. (1987). The cognitive unconscious. *Science*, 237, 1445-1452.
- Kimble, G. A. (1961). *Hilgard and Marquis' conditioning and learning*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Kingdon, D. G., & Turkington, D. (1991a). A role for cognitive-behavioural strategies in schizophrenia? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 26, 101-103.
- Kingdon, D. G., & Turkington, D. (1991b). The use of cognitive behavior therapy with a normalizing rationale in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179(4), 207-211.
- Klein, D. F. (1981). Anxiety reconceptualized. In D. F. Klein & J. G. Rabkin (Eds.), *Anxiety: New research and changing concepts* (p. 235-263). New York: Raven Press.
- Knell, S. M. (1990, November). *Cognitive-behavioral play therapy*. Paper presented at the annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, San Francisco.
- Kreitler, H., & Kreitler, S. (1982). The theory of cognitive orientation: Widening the scope of behavior prediction. In B. Maher & W. B. Maher (Eds.), *Progress in experimental personality research* (p. 101-169). New York: Academic Press.
- Kreitler, H., & Kreitler, S. (1990). Cognitive primacy, cognitive behavior guidance, and their implications for cognitive therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 4(2), 151-169.
- Laing, R. D. (1967). *The politics of experience*. New York: Pantheon Books.
- Lazarus, A. A. (1967). In support of technical eclecticism. *Psychological Reports*, 21, 415-416.
- Lazarus, A. A. (1989). *The practice of multimodal therapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Lazarus, A. A. (1995a). Different types of eclecticism and integration: Let's be aware of the dangers. *Journal of Psychotherapy Integration*, 5(1), 27-39.
- Lazarus, A. A. (1995b). Integration and clinical verisimilitude [Review of *Comprehensive handbook of psychotherapy integration*. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2(4), 399-402.
- Lazarus, A. A., & Messer, S. B. (1991). Does chaos prevail? An exchange on technical eclecticism and assimilative integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1(2), 143-158.
- Lazarus, R. S. (1991a). Cognition and motivation in emotion. *American Psychologist*, 46(4), 352-367.

- Lazarus, R. S. (1991b). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R. S. (1991 c). Progress on a cognitive-motivational-relational theory of emotion. *American Psychologist*, 46(8), 819-834.
- Lazarus, R. S., & Folkman, s. (1986). Cognitive theories of stress and the issue of circularity. In M. H. Appley & R. Trumbull (Eds.), *Dynamics of stress: Physiological, psychological, and social perspectives* (p. 63-80). New York: Plenum Press.
- Leahy, R. L. (1995). Cognitive development and cognitive therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 9(3), 173-184.
- Leakey, R. (1994). *The origin of humankind*. New York: Basic Books.
- Lieberman, R. P., Teigen, J., Patterson, R., & Baker, V. (1973). Reducing delusional speech in chronic paranoid schizophrenics. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 6, 57-64.
- Liebert, R. M., & Spiegler, M. D. (1987). *Personality: Strategies and issues* (5th ed.). Homewood, IL: Dorsey Press.
- Loeb, A., Beck, A. T., & Diggory, J. (1971). Differential effects of success and failure on depressed and non depressed patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 152, 106-114.
- Logan, A., Larkin, K., & Whittal, M. (1992, November). *Threat cues in non-clinical anxiety: specificity of attention and interpretation*. Paper presented at the 26th annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Boston.
- Lyon, H. M., Kaney, S., & Bentail, R. P. (1994). The defensive function of persecutory delusions: Evidence from attribution tasks. *British Journal of Psychiatry*, 164, 637-646.
- Mackintosh, N. J. (1983). *Conditioning and associative learning*. Oxford: Oxford University Press.
- MacLeod, C. (1991). Clinical anxiety and the selective encoding of threatening information. *International Review of Psychiatry*, 3, 279-292.
- MacLeod, C. & Mathews, A. M. (1991). Cognitive-experimental approaches to the emotional disorders. In P. R. Martin (Ed.) *Handbook of behavior therapy and psychological science: An integrative approach* (p. 116-150). Elmsford, NY: Pergamon Press.
- Mahoney, M. J. (1989). Holy epistemology! Construing the constructions of the constructivists. *Canadian Psychology*, 30(2), 187-188.
- Mahoney, M. J. (1993). Introduction to special section: Theoretical developments in the cognitive psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 187-193.
- Mahoney, M. J., & Mahoney, K. (1976). *Permanent weight control*. New York: Norton.
- Malott, R. W. (1980). *Rule governed behavior and the achievement of evasive goals: A theoretical analysis*. Unpublished manuscript, Western Michigan University, Department of Psychology, Kalarnazoo.
- Manicas, P. T., & Secord, P. F. (1983). Implications for psychology of the new philosophy of science. *American Psychologist*, 38(4), 399-13.
- Margraf, J., Ehlers, A., & Roth, W. T. (1987). Panic attack associated with perceived heart rate acceleration: A case report. *Behavior Therapy*, 18, 84-89.

- Marks, I. M. (1971). Phobic disorders four years after treatment. *British Journal of Psychiatry*, *118*, 683-688.
- Marks, I. M. (1987a). Behavioral aspects of panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, *144*, 1160-1165.
- Marks, I. M. (1987b). *Fears, phobias, and rituals: Panic, anxiety, and their disorders*. New York: Oxford University Press.
- Marks, I. M., & Gelder, M. G. (1966). Different ages of onset in varieties of phobia. *American Journal of Psychiatry*, *123*(2), 218-221.
- Marks, I. M., Gray, S., Cohen, D., Hut, R., Mawson, D., Ramm, E., & Stern, R. S. (1983). Imipramine and brief therapist-aided exposure in agoraphobics having self-exposure homework. *Archives of General Psychiatry*, *40*, 153-162.
- Martin, I., & Levey, A. B. (1985). Conditioning, evaluations and cognitions: An axis of integration. *Behaviour Research and Therapy*, *23*(2), 167-175.
- Marzillier, J. S., & Birchwood, M. J. (1981). Behavioral treatment of cognitive disorders. In L. Michelson, M. Hersen, & S. Turner (Eds.), *Future perspectives in behavior therapy* (p. 131-159). New York: Plenum Press.
- McGlashan, T. H., Heinssen, R. K., & Fenton, W. S. (1989). Psychosocial treatment of negative symptoms in schizophrenia. In N.C. Andreasen (Ed.), *Modern problems in pharmacopsychiatry: Vol. 24. Schizophrenia: Positive and negative symptoms and syndromes* (p. 175-200). Basel: Karger.
- McNally, R. J. (1990). Psychological approaches to panic disorder: A review. *Psychological Bulletin*, *108*(3), 403-419.
- McNally, R. J. (1995). Automaticity and the anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, *33*(7), 747-754.
- Meichenbaum, D. H. (1976). Toward a cognitive theory of selfcontrol. In G. E. Schwartz & D. Shapiro (Eds.), *Consciousness and self-regulation* (p. 223-260). New York: Plenum Press.
- Meichenbaum, D. H. (1993). Changing conceptions of cognitive behavior modification: Retrospect and prospect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *61*(2), 202-204.
- Meichenbaum, D. H., & Cameron, R. (1973). Training schizophrenics to talk to themselves: A means of developing attentional controls. *Behavior Therapy*, *4*, 515-534.
- Meichenbaum, D. H., & Gilmore, J. B. (1984). The nature of unconscious processes: A cognitive-behavioral perspective. In K. S. Bowers & D. Meichenbaum (Eds.), *The unconscious reconsidered* (p. 273-298). New York: Wiley.
- Messer, S. B. (1987). Can the tower of Babel be completed? A critique of the common language proposal. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, *6*, 195-199.
- Michelson, L. K., & Marchione, K. (1991). Behavioral, cognitive, and pharmacological treatments of panic disorder with agoraphobia: Critique and synthesis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *59*(1), 100-114.
- Milton, F., Patwa, V. K., & Hafner, R. J. (1978). Confrontation versus belief modification in persistently deluded patients. *British Journal of Medical Psychology*, *51*, 127-130.
- Mineka, S., & Sutton, S. K. (1992). Cognitive biases and the emotional disorders. *Psychological Science*, *3*(1), 65-69.
- Mischel, W. (1961). Preferences for delayed reinforcement and social responsibility. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, *62*, 1-7.

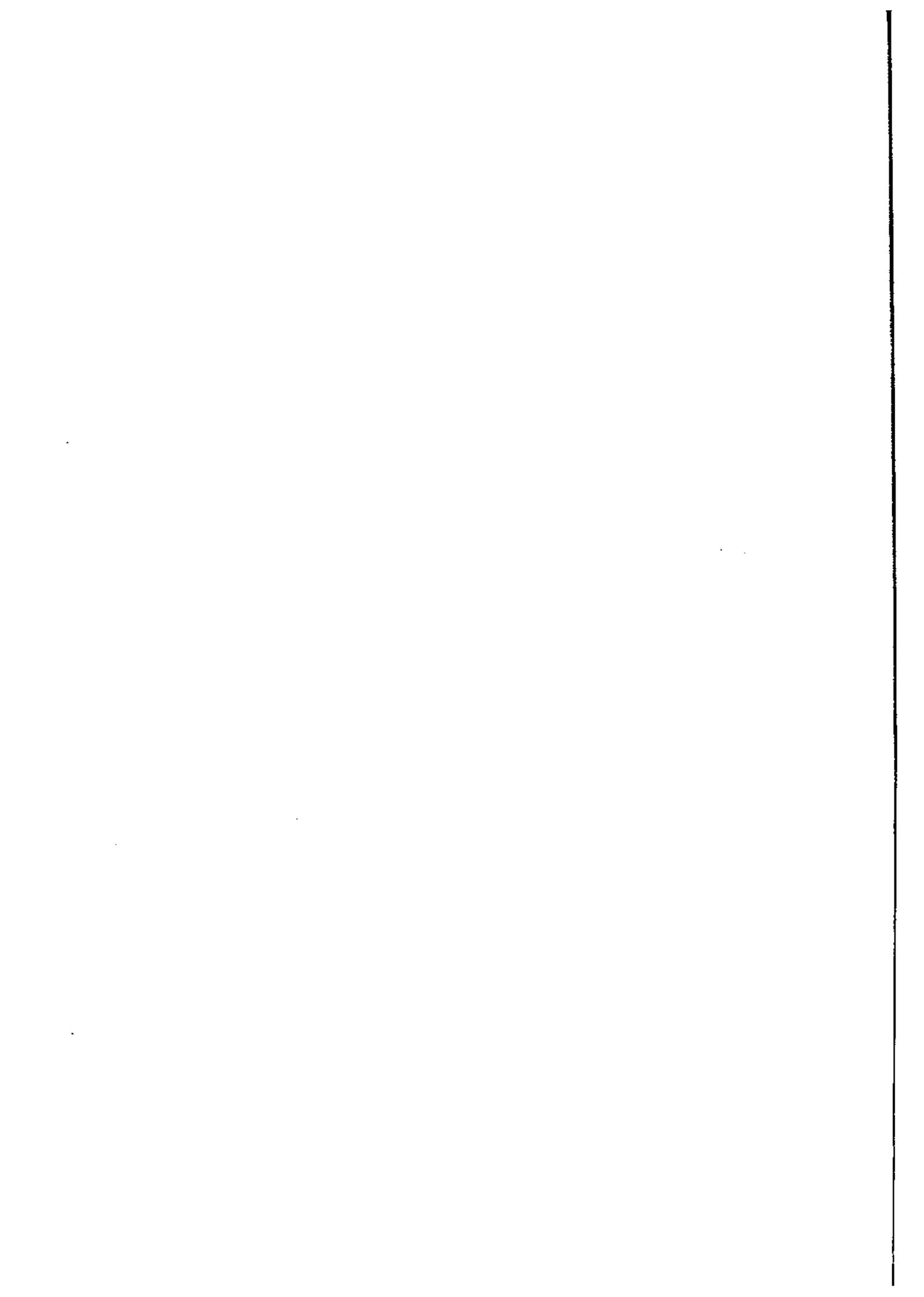
- Mischel, W. (1974). Processes in delay of gratification. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 7, p. 249-292). New York: Academic Press.
- Mischel, W., & Patterson, C. J. (1976). Substantive and structural elements of effective plans for self-control. *Journal of personality and Social Psychology*, 34, 942-950.
- Monahan, J., & O'Leary, K. D. (1971). Effects of self-instruction on rule-breaking behavior. *Psychological Reports*, 29, 1059-1066.
- Moore, J. (1984). On privacy, causes, and contingencies. *The Behavior Analyst*, 7, 3-16.
- Moretti, M. M., & Shaw, B. F. (1989). Automatic and dysfunctional cognitive processes in depression. In J. S. Uleman & J. A. Bargh (Eds.), *Unintended thought* (p. 383-421). New York: Guilford Press.
- Morrison, A. P. (1994). Cognitive behaviour therapy by auditory hallucinations without concurrent medication: A single case. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 22, 259-264.
- Morrison, A. P., Haddock, G., & TARRIER, N. (in press). Intrusive thoughts and auditory hallucinations: A cognitive approach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*.
- Mowrer, O. H., & Ullman, A. D. (1945). Time as a determinant in integrative learning. *Psychological Review*, 52, 61-90.
- Neimeyer, R. A. (1993). An appraisal of constructivist psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 221-234.
- Norcross, J. C. (1986). Eclectic psychotherapy: An introduction and overview. In J. C. Norcross (Ed.), *Handbook of eclectic psychotherapy* (p. 3-24). New York: Brunner/Mazel.
- Norcross, J. C. (1988). The exclusivity myth and the equifinality principle in psychotherapy. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 415-421.
- Norcross, J.C. (1990). Commentary: Eclecticism misrepresented and integration misunderstood. *Psychotherapy*, 27, 297-300.
- Norcross, J. C., Alford, B. A., & DeMichele, J. T. (1992). The future of psychotherapy: Delphi data and concluding observations. *Psychotherapy*, 29(1), 150-158.
- Norcross, J. C., & Prochaska, J. O. (1988). A study of eclectic (and integrative) views revisited. *Professional Psychology: Research and Practice*, 19, 170-174.
- Norcross, J. C., & Thomas, B. L. (1988). What's stopping us now?: Obstacles to psychotherapy integration. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 7, 7-80.
- Novaco, R. (1975). *Anger control: The development and evaluation of an experimental treatment*. Lexington, MA: D. C. Heath.
- O'Donohue, W., & Krasner, L. (Eds.). (1995). *Theories of behavior therapy: Exploring behavior change*. Washington, DC: American Psychological Association.
- O'Leary, K. D. (1968). The effects of self-instructions on immoral behavior. *Journal of Experimental Child Psychology*, 6, 297-301.
- Oltmanns, T. F., & Mineka, S. (1992). Morton Prince on anxiety disorders: Intellectual antecedents of the cognitive approach to panic? *Journal of Abnormal Psychology*, 101(4), 607-610.
- Omer, H., & London, P. (1988). Metamorphosis in psychotherapy: End of the systems era. *Psychotherapy*, 25, 171-180.

- Oppenheimer, J. R. (1956). Analogy in science. *American Psychologist*, 11, 127-135.
- Pavlov, I. P. (1927). *Conditioned reflexes*. Oxford: Oxford University Press.
- Pepper, S. C. (1963). A proposal for a world hypothesis. *The Monist*, 47(2), 267-286.
- Perris, C. (1989). *Cognitive therapy with schizophrenic patients*. New York: Guilford Press.
- Persons, J. B. (1989). *Cognitive therapy in practice: A case formulation approach*. New York: Norton.
- Popper, K. R. (1959). *The logic of scientific discovery*. New York: Basic Books.
- Powers, W. T. (1992). A cognitive control system. In R. L. Levine & H. F. Fitzgerald (Eds.), *Analysis of dynamic psychological systems: Methods and applications* (Vol. 2, p. 327-340). New York: Plenum Press.
- Pretzer, J. L., & Beck, A. T. (1996). A cognitive theory of personality disorders. In J. F. Clarkin (Ed.), *Major theories of personality disorder* (p. 36-105). New York: Guilford Press.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrated model of change. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 19, 276-288.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy*. Homewood, In: Dow Jones-Irvin.
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (1994). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical approach*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Rachlin, H. (1992). Teleological behaviorism. *American Psychologist*, 47(11), 1371-1382.
- Rachman, S.J. (1990). *Fear and courage*. New York: W. H. Freeman.
- Rapee, R. M. (1987). The psychological treatment of panic attacks: Theoretical conceptualization and review of evidence. *Clinical Psychology Review*, 7, 427-438.
- Rapee, R. M. (1991a). The conceptual overlap between cognition and conditioning in clinical psychology. *Clinical Psychology Review*, 11, 193-203.
- Rapee, R. M. (1991b). Panic disorder. *International Review of Psychiatry*, 3, 141-149.
- Rapee, R. M., Telfer, L. A., & Barlow, D. H. (1991). The role of safety cues in mediating the response to inhalants of CO-sub-2 in agoraphobics. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 353-355.
- Reiss, S. (1980). Pavlovian conditioning and human fear: An expectancy model. *Behavior Therapy*, 11, 380-396.
- Renner, K. E. (1964). Delay of reinforcement: A historical perspective. *Psychological Bulletin*, 61, 341-361.
- Rescorla, R. A. (1987). A Pavlovian analysis of goal-directed behavior. *American Psychologist*, 42, 119-129.
- Rescorla, R. A. (1988). Pavlovian conditioning: It's not what you think it is. *American Psychologist*, 43(3), 151-160.
- Rescorla, R. A., & Holland, P. C. (1977). Behavioral studies of associative learning in animals. *Annual Review of Psychology*, 33, 265-308.
- Revusky, S. H. (1977). Learning as a general process with an emphasis on data from feeding experiments. In N. W. Milgram, L. Krames, & T. M. Alloway (Eds.), *Food aversion learning* (p. 1-51). New York: Plenum Press.

- Riskind, J. H. (1991). A set of cognitive priming interventions for cognitive therapy homework exercises. *The Behavior Therapist, 14*, 43-44.
- Robins, C. J., & Hayes, A. M. (1993). An appraisal of cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(2), 205-214.
- Ross, A. O. (1987). *Personality: The scientific study of complex human behavior*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Rust, J. (1990). Delusions, irrationality and cognitive science. *Philosophical Psychology, 3*(1), 123-138.
- Ryle, A. (1982). *Psychotherapy: A cognitive integration of theory and practice*. London: Academic Press.
- Safran, J. (1984). Assessing the cognitive-interpersonal cycle. *Cognitive Therapy and Research, 8*, 333-347.
- Safran, J. D. (1984). Some implications of Sullivan's interpersonal theory for cognitive therapy. In M. A. Reda & M. J. Mahoney (Eds.), *Cognitive psychotherapies: Recent developments in theory, research and practice* (p. 251-272). Cambridge, MA: Ballinger.
- Safran, J. D., & Greenberg, L. S. (1986). Hot cognition and psychotherapy process: An information-processing ecological approach. In P. C. Kendall (Ed.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy* (Vol. 5, p. 143-177). New York: Plenum Press.
- Salkovskis, P. M., & Clark, D. M. (1986). Respiratory control in the treatment of panic attacks: Replication and extension with current measurement of behaviour and CO-sub-2. *British Journal of Psychiatry, 148*, 526-532.
- Salkovskis, P. M., & Clark, D. M. (1990). Affective responses to hyperventilation: A test of the cognitive model of panic. *Behaviour Research and Therapy, 28*, 51-61.
- Salkovskis, P. M., & Clark, D. M. (1991). Treatment of panic attacks using cognitive therapy without exposure or breathing retraining. *Behaviour Research and Therapy, 29*, 161-166.
- Salzman, I. J. (1951). Delay of reward and human verbal learning. *Journal of Experimental Psychology, 41*, 437-39.
- Sargent, M. (1990, June). NIMH report: Panic disorder. *Hospital and Community Psychiatry, 41*, 621-623.
- Schacht, T. E. (1984). The varieties of integrative experience. In H. Arkowitz & S. B. Messer (Eds.), *Psychoanalytic therapy and behavior therapy: Is integration possible?* (p. 107-131). New York: Plenum Press.
- Scott, J. (1989). Cancer patients. In J. Scott, J. M. G. Williams, & A. T. Beck (Eds.), *Cognitive therapy in clinical practice: An illustrative casebook* (p. 103-126). London: Routledge & Kegan Paul.
- Searle, J. R. (1990). Is the brain a digital computer? *American Philosophical Association Proceedings, 64*(3), 21-37.
- Searle, J. R. (1992). *The rediscovery of the mind*. Cambridge: MFT Press.
- Searle, J. R. (1993). The problem of consciousness. *Consciousness and Cognition, 2*, 310-319.
- Searle, J. R. (1994). The problem of consciousness. In A. Revonsuo & M. Kamppinen (Eds.), *Consciousness in philosophy and cognitive neuroscience* (p. 93-104). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Segal, Z. V. (1988). Appraisal of the self-schema construct in cognitive models of depression. *Psychological Bulletin, 103*, 147-162.

- Seligman, M. E. P. (1971). Phobias and preparedness. *Behavior Therapy, 2*, 307-320.
- Seligman, M. E. P. (1988). Competing theories of panic. In J. S. Rachman & J. D. Maser (Eds.), *Panic: Psychological perspectives* (p. 321-329). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Shybut, J. (1968). Delay of gratification and severity of psychological disturbance among hospitalized psychiatric inpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 32*, 462-468.
- Siddle, D. A. T., & Remington, B. (1987). Latent inhibition and human Pavlovian conditioning: Research and relevance. In G. Davey (Ed.), *Cognitive processes and Pavlovian conditioning in humans* (p. 115-146). New York: Wiley.
- Skinner, B. F. (1963). Behaviorism at fifty. *Science, 140*, 951-958.
- Skinner, B. F. (1969). *Contingencies of reinforcement: A theoretical analysis*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Skinner, B. F. (1981). Selection by consequences. *Science, 213*, 501-504.
- Smith, R. J. (1964). A note on rational-emotive psychotherapy: Some problems. *Psychotherapy, 1*(4), 151-153.
- Sokol, L., Beck, A. T., Greenberg, R. L., Berchick, R. J., & Wright, F. D. (1989). Cognitive therapy of panic disorder: A non-pharmacological alternative. *Journal of Nervous and Mental Disease, 177*, 711-716.
- Spaulding, W. D., Garbin, C. P., & Crinean, W. J. (1989). The logical and psychometric prerequisites for cognitive therapy of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry, 155*, 69-73.
- Spaulding, W. D., Storms, L., Goodrich, V., & Sullivan, M. (1986). Applications of experimental psychopathology in psychiatric rehabilitation. *Schizophrenia Bulletin, 12*, 560-577.
- Staats, A. W. (1991). Unified positivism and unification psychology: Fad or new field? *American Psychologist, 46*(9), 899-912.
- Stahl, J. R., & Leitenberg, H. (1976). Behavioral treatment of the chronic mental hospital patient. In H. Leitenberg (Ed.), *Handbook of behavior modification and behavior therapy* (p. 211-241). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Stein, D. J., & Young, J. E. (Eds.). (1992). *Cognitive science and clinical disorders*. San Diego: Academic Press.
- Sternberg, R. J. (1993). Parts is parts, but isn't there more to the whole? *Contemporary Psychology, 38*(12), 1271-1274.
- Sternberg, R. J. (1994). PRSVL: An integrative framework for understanding mind in context. In R. J. Sternberg (Ed.), *Mind in context: Interactionist perspectives on human intelligence* (p. 218-232). New York: Cambridge University Press.
- Strupp, H. H., & Binder, J. (1984). *Psychotherapy in a new key*. New York: Basic Books.
- Tarrier, N. (1992). Management and modification of residual positive psychotic symptoms. In M. Birchwood & N. Tarrier (Eds.), *Innovations in the psychological management of schizophrenia: Assessment, treatment and services* (p. 147-169). Chichester, England: Wiley.
- Tarrier, N., Beckett, R., Harwood, S., Baker, A., Yusupoff, L., & Ugarteburu, I. (1993). A trial of two cognitive behavioural methods of treating drug-resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients: I. Outcome. *British Journal of Psychiatry, 162*, 524-532.

- Teasdale, J. D., & Barnard, P. J. (1993). *Affect, cognition, and change: Remodeling depressive thought*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Testa, T. J. (1974). Causal relationships and the acquisition of avoidance response. *Psychological Review*, *81*, 491-505.
- Wachtel, P. L. (1977). *Psychoanalysis and behavior therapy: Toward an integration*. New York: Basic Books.
- Wachtel, P. L. (1987). *Action and insight*. New York: Guilford Press.
- Wasylenki, D. A. (1992). Psychotherapy of schizophrenia revisited. *Hospital and Community Psychiatry*, *43*, 123-127.
- Watson, J. B., & Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, *3*, 1-14.
- Watts, F. N., Powell, G. E., & Austin, S. V. (1973). The modification of abnormal beliefs. *British Journal of Medical Psychology*, *46*, 359-363.
- Wegner, D. M. (1994). Ironic processes of mental control. *Psychological Review*, *101*, 3-52.
- Weishaar, M. E. (1993). *Aaron T. Beck*. London: Sage.
- Werner, G., Reitboeck, H. J., & Eckhorn, R. (1993). Construction of concepts by the nervous system: From neurons to cognition. *Behavioral Science*, *38*, 114-123.
- Whaley, D. L. (1978). *Origins of hope and dread*. Unpublished manuscript, North Texas State University.
- White, P. A. (1990). Ideas about causation in philosophy and psychology. *Psychological Bulletin*, *108*(1), 3-18.
- Wincze, J. P., Leitenberg, H., & Agras, W. S. (1972). The effects of token reinforcement and feedback on the delusional verbal behavior of chronic paranoid schizophrenics. *Journal of Applied Behavior Analysis*, *5*, 247-262.
- Wolfe, B. E. (1994). Introduction to special issue on cognitive science and psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, *4*(4), 285-289.
- Wolpe, J., & Rowan, V. C. (1988). Panic disorder: A product of classical conditioning. *Behaviour Research and Therapy*, *26*(6), 441-450.
- Wright, J. H., & Davis, D. (1994). The therapeutic relationship in cognitive-behavioral therapy: Patient perceptions and therapist responses. *Cognitive and behavioral practice*, *1*, 25-45.
- Yeaton, W. H., & Sechrest, L. (1981). Critical dimensions in the choice and maintenance of successful treatments: Strength, integrity, and effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *49*, 156-167.
- Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.
- Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, *86*, 103-126.





# Índice

## A

- Adesão à farmacoterapia, 126
- Agorafobia (*ver* Transtorno de pânico)
- Análises causais "eficientes", 43, 44
- Análises causais finais, 43, 44
- Analogias, 39-41, 46, 47
- Animal, modelos, 121
- Ansiedade,
  - condicionamento, 108, 109
  - neurose, no DSM-II, 112
  - transtornos, 28-29 (*ver também* Transtorno de pânico)
- "Ansiedade sinal", 114, 115
- Atenção, recursos
  - aspectos teóricos, 28-29
  - no transtorno de pânico, 28-29, 113-115
  - nos transtornos de ansiedade
- Atribuição de significado
  - abordagem construtivista, 29-31
  - axioma da teoria cognitiva, 24
  - ênfase da terapia cognitiva, 63, 64
  - negligência de modelos de condicionamento, 54, 55
- Atribuições errôneas, 119
- Atribuições de tarefa graduais e crenças delirantes, 130
- na esquizofrenia, 133, 134
- e recursos cognitivos, 133
- Autoconceito
  - relação com crenças delirantes, 138-140
  - e terapia cooperativa, delírios, 139, 140
- Auto-instrução, treinamento, 60-62

## C

- Causas, 43-45
  - interpretação comportamental radical, 44, 45

- na teoria cognitiva, 43-45
- na teoria comportamental, 43, 44
- Cognição
  - deficiências na analogia com computador, 46, 47
  - definição, 46
  - e metateoria, 45-47
  - supremacia temporal, transtorno de pânico, 121-123
- Cognitive Therapy and Research* (jornal), 89, 90
- Competência profissional, padrões, 22, 23
- Comportamento impulsivo, 58
- Comportamento verbal
  - alvo da terapia do comportamento, 63, 64
  - e delírios, 62-63
  - e teoria comportamental radical, 60
  - versus* mediação cognitiva, 62-64
- Condicionamento da ansiedade, 108, 109
- Condicionamento clássico
  - e ansiedade, 108-109
  - e fenomenologia do transtorno de pânico, 118-119
  - inadequações da teoria de contiguidade, 117, 118
  - perspectiva construtivista, 116
  - relação com a teoria cognitiva, 64, 65, 116-118
  - visões contemporâneas, 117, 118
- Condicionamento operante
  - e processos de mudança, 59, 60
  - reformulação teórica, 118
- Condicionamento pavloviano (*ver* Condicionamento clássico)
- Conflitos temporais das conseqüências, 54-59

Consciência  
 ciência objetiva de, 43  
 deficiências na metáfora de computador, 46, 47  
 propriedades emergentes, 46  
 e teoria comportamental, 54, 55

Conseqüências, 53-70  
 conflitos temporais nas, 54-70  
 mediação cognitiva de, 53-70  
 mediação verbal *versus* cognitiva de, 59-64

Conseqüências/reforço adiados  
 estudos empíricos, 55-64  
 mediação verbal *versus* cognitiva, 59-64  
 e "paradoxo neurótico", 56-59  
 teoria cognitiva, 64-69

Conseqüências/reforço imediatos  
 estudos empíricos, 55-64  
 mediação verbal *versus* cognitiva, 59-64  
 e "paradoxo neurótico", 56-59  
 teoria cognitiva, 64-69

Constructos pessoais, 22

Construtivismo  
 abordagem "radical", 30  
 dicotomização do, 30, 31  
 influência na psicoterapia, 29, 30  
 e modelos de condicionamento, 116  
 e terapia cognitiva, 31, 116

Cooperação terapêutica (*ver* Relacionamento cooperativo)

Crenças paranóides, 131-133, 143-145 (*ver também* delírios)

## D

Darwinismo, princípios, 33, 34

### Delírios

aspectos de comportamento verbal, 62  
 avaliação idiógráfica, 126-127  
 distanciamento nos, 129, 130  
 estrutura terapêutica interpessoal, 134-138  
 procedimento de "teste de realidade", 128, 129  
 processamento de conteúdo cognitivo, 130-133  
 e reatância psicológica, 127-129  
 registro diário de, 126, 127  
 relação com auto-estima, 138-140  
 teoria cognitiva *versus* comportamental, 62-63  
 terapia não-diretiva, 135, 136  
 tomada de perspectiva nos, 129, 130  
 tratamentos cognitivos, resultado, 142-145

Depressão, modelo psicanalítico, 23

Desempenho do papel, 85

Diálogo interno, 62

Diátese do estresse, modelo, 113

"Distanciamento",  
 correção da crença delirante, 129, 130, 140  
 e metacognição, 65, 69

Distorções cognitivas  
 axioma da teoria cognitiva, 25  
 e delírios, 130-133

## E

Ecletismo técnico  
 característica da terapia cognitiva, 84-86  
 critérios científicos, 74-75  
 técnicas terapêuticas no, 85, 86

Erros de generalização excessiva, 140, 141

Especificidade do conteúdo cognitivo  
 aplicação da emoção expressada, 138  
 axioma da teoria cognitiva, 25  
 e construtivismo, 30  
 e delírios, 130-133

Esquemas  
 axioma da teoria cognitiva, 24  
 definição, 46  
 na esquizofrenia, 140, 141  
 formas de relacionamento, 33  
 função adaptativa, 34-36, 46  
 papel central de transtornos da personalidade, 33-36  
 no transtorno de pânico, 113, 114

Esquizofrenia  
 e auto-estima, papel dos delírios, 138-140  
 avaliação idiógráfica, 126-127  
 benefícios da tomada de perspectiva, 129, 130  
 contexto interpessoal, 133-138  
 correção de crenças delirantes, 127-129  
 e emoção expressada, famílias, 137-138  
 generalização excessiva, 140, 141  
 processos cognitivos na, 130, 133  
 terapia cognitiva não-diretiva, 135, 136  
 tratamentos cognitivos, resultado, 142-145  
 validade ecológica do tratamento, 140-142

Estimulação, questão de supremacia, pânico, 121-123

Estratégia de *feedback* direto, 82, 83

Estressores ambientais  
 e exercícios para casa, 100  
 teoria cognitiva clínica, 97-101

Estressores interpessoais  
 e abrangência da terapia cognitiva, 97, 98  
 aplicação de exercícios para casa, 100  
 intervenções na esquizofrenia, 133, 134  
 teoria cognitiva clínica, 97-101

Estrutura da entrevista, 86

- Estruturas teleonômicas, 25
- Exercícios para casa  
 eventos ambientais alvo, 100  
 e teoria cognitiva clínica, 100  
 validade ecológica, 142
- Experiências corretivas  
 princípio de "fatores comuns", 82, 83  
 tautologia nas, 82, 83
- Exposição in vivo, 121, 122 (*ver também* Técnicas de exposição)
- F**
- Farmacoterapia, adesão, 126
- "Fatores comuns", abordagem  
 ambigüidade teórica, 82, 83  
 critérios científicos, 74-75  
 especificidade e problemas conceituais, 75  
 e teoria cognitiva, 92, 93
- Fatores familiares  
 e emoção expressada, 137, 138  
 intervenções na esquizofrenia, 133, 134, 136-138
- G**
- Generalização  
 e abordagem psicodinâmica, 50  
 da relação terapêutica, 49, 50
- I**
- "Inconsciência cognitiva", 26-28 (*ver também* Pensamentos automáticos)
- Imagínario orientado, 69
- Inferências arbitrárias, 131-133
- "Inibição recíproca", 109
- "Integração teórica", abordagem, 74-75
- Interpretações errôneas catastróficas  
 questão de supremacia, etiologia do pânico, 122, 123  
 reavaliação pós-condicionamento, 121  
 e teoria cognitiva, 93-95  
 teoria pavloviana e cognitiva de, 118, 119  
 no transtorno de pânico, 93, 94, 113-115, 118, 119
- J**
- Journal of Cognitive Psychotherapy*, 89, 90  
*Journal of Psychotherapy Integration*, 89-91
- L**
- "Livre arbítrio", 46
- M**
- Masochismo, teoria psicanalítica, 23
- Metacognição  
 e conflitos temporais das conseqüências, 68-69  
 e crenças delirantes, 127, 140, 144, 145  
 funções da, 66  
 nível de sistema cognitivo, 65, 67  
 no transtorno de pânico, 95, 96
- Metáforas, 39-41, 46, 47  
 diferença de teoria, 39, 40  
 limitações como mecanismo explanatório, 39-41
- Metáforas de computador, 40-41, 46, 47  
 limitações de, 40-41, 46, 47  
 diferença de teoria, 39, 40
- Metateoria, 37-51
- Modelo psicanalítico  
 comparação com a teoria cognitiva, 23, 101, 102  
 derivação de terapia cognitiva, 101, 102  
 e relação terapêutica, 48-50, 76  
 como sistema fechado, 101
- Modelos de condicionamento  
 e ansiedade, 108, 109  
 inadequações da teoria de contigüidade, 117, 118  
 não cognitivos, aspectos mecânicos de, 109  
 perspectiva construtivista, 116  
 poder explanatório de, 55  
 relação com o modelo cognitivo, 64, 107-120  
 e transtorno de pânico, 107-120  
 visão contemporânea, 117, 118
- Modos, 31-36  
 abordagem de sistemas, 45  
 papel dos transtornos da personalidade, 33, 34  
 relação com sistema de esquema, 33
- N**
- Neurose de ansiedade, no DSM-II, 112
- O**
- "Orientação"  
 efeito de transtornos de ansiedade na, 28, 29  
 tendências inatas, 28
- P**
- "Paradoxo neurótico", 56-59
- Pensamento dicotômico, 131
- Pensamentos automáticos, 26-28  
 aspectos teóricos, 26-29, 100  
 axioma da teoria cognitiva, 25  
 papel da emoção expressada, 137-138

- papel dos transtornos de ansiedade, teoria, 28, 113, 114
- no transtorno de pânico, 113-115
- variáveis internas e externas, 100
- Pensamentos automáticos "involuntários", 28
- Pequeno Albert, 108
- Personalidade
  - definição, 32
  - esquemas e modos na, 33-35
  - perspectiva evolucionária, 33-36
  - teoria cognitiva da, 31-36
- Personalização, 131-133
  - nos delírios esquizofrênicos, 131-133
  - exemplo de caso, 132
- Princípios evolucionários, 33-36
- Processamento inconsciente (*ver também* Pensamentos automáticos)
  - aspectos teóricos, 26-28
  - características, 28
  - no transtorno de pânico, 114, 115
- Processamento de informação, 21
- Processamento de informação não-consciente, 120, 121
- Processos adaptativos
  - e ansiedade, 28, 29
  - função de esquemas em, 35
- Processos emocionais
  - e abrangência da terapia cognitiva, 97, 98
  - aplicação de exercícios para casa, 100
  - na colaboração paciente-terapeuta, 135
- intervenções na esquizofrenia, 134-138
- e pensamentos automáticos, famílias, 137-138
- na teoria cognitiva clínica, 97-101
- Processos "pré-conscientes", 28 (*ver também* Pensamentos automáticos)
- Propriedades emergentes, consciência, 46

## Q

- Questionamento socrático, 127, 130

## R

- Reatância (*ver* Reatância psicológica)
- Reatância psicológica, 127-129, 143
  - abordagem cooperativa a, 128, 129
  - e delírios, 127-129, 143
  - pesquisa básica sobre, 127-129, 143
  - semelhança de resistência, 128
- Reatribuição, técnica de, 95
- "Reavaliação pós-condicionamento"
  - e condicionamento clássico, 117, 118
  - modelos animais, 121
  - na terapia cognitiva, 120-121
- Reestruturação cognitiva
  - no transtorno de pânico, 110, 111

- como tratamento comportamental, 110, 111
- versus* técnicas de relaxamento, 111
- Reforço, teoria (*ver* Teoria do reforço)
- Relação paciente-terapeuta (*ver* Relação terapêutica)
- Relação terapêutica, 48-51
  - características de demanda, 50
  - características necessárias mas não suficientes, 51
  - componentes da, 51
  - generalização, 49, 50
  - pacientes psicóticos, 138
  - problemas conceituais, 75, 76
  - na terapia cognitiva, 48-50, 76
  - na terapia psicodinâmica, 48, 49, 76
- Relacionamento cooperativo
  - abordagem não diretiva no, 140
  - e abordagens psicodinâmicas, 50
  - e crenças delirantes, 128-130, 134, 135, 139-140, 144
  - princípio da terapia cognitiva, 51, 134
  - questão de generalização, 49-51
  - questionamento socrático no, 130
  - e "teste de realidade", 128
- Relaxamento, técnicas
  - perspectiva construtivista, 116
  - versus* terapia cognitiva, 143
  - no transtorno de pânico, 110, 111
- Relaxamento muscular progressivo (*ver* Técnicas de relaxamento)
- Resistência (*ver* Reatância psicológica)

## S

- Seleção natural, 33-36
- Significado pessoal (*ver* Atribuição de significado)
- Significado privado (*ver* Atribuição de significado)
- Sistema cognitivo automático, 65-69
- Sistema de controle consciente, 65-69, 121
- Sistema experiencial, 67-69, 100

## T

- Técnicas de abreação, 86
- Técnicas comportamentais
  - nas crenças delirantes, 62-64
  - foco no comportamento verbal, 62-64
  - relação terapêutica na, 76
  - relação com terapia cognitiva, 62-64, 86, 119, 120
  - no transtorno de pânico, 119, 120
- Técnicas de exposição
  - perspectiva construtivista, 116
  - reações cognitivas e fisiológicas, 121, 122
  - teoria do condicionamento de, 109, 116
- Técnicas de imaginação, 69

- Técnicas de terapia conjugal, 86  
 Tendências inatas, e adaptação, 28, 29  
 Teoria da aprendizagem (*ver também* modelos de condicionamento)  
     e conflito temporal das conseqüências, 54-55  
     e níveis de sistema cognitivo, 66, 67  
 Teoria científica  
     critérios para, 91-96  
     papel fundamental da, 90-91  
     e teoria cognitiva, 38, 39  
 Teoria circular, 41, 42  
 Teoria "clínica", 38, 39  
 Teoria cognitiva, 21-51  
     âmbito de aplicação, 96-101  
     críticas, 97-101  
     análises causais na, 43-45  
     aplicação no transtorno de pânico, 93-96  
     axiomas, 23-26  
     concepções errôneas sobre, 38-43  
     consistência interna, 91, 92  
     desvio de paradigma para, 62-64  
     diferença do modelo psicanalítico, 23  
     interpretação de conflitos temporais das conseqüências, 54-70  
     interpretação de consciência, 55  
     níveis de sistema na, 65-67  
     parcimônia na, 92, 93  
     primeiros desenvolvimentos, 23  
     relação com a teoria comportamental, 62-64  
     relação com a teoria do condicionamento, 107-128  
     e teoria da personalidade, 31-36  
     testabilidade, 93-96  
     visão da relação terapêutica, 48-51, 76  
 Teoria de comportamento radical, 44, 60  
 Teoria de contigüidade, 117, 118  
 Teoria linear, 41, 42  
 Teoria do reforço (*ver também* Modelos de condicionamento)  
     e análises causais, 43, 44  
     circularidade da, 41  
     interpretação das conseqüências operantes, 60  
 Teoria skinneriana, 33, 34  
 Teorias comportamentais (*ver também* modelos de condicionamento)  
     e análise causal, 43, 44  
     e conflitos temporais das conseqüências, 54-55  
     e consciência, 54, 55  
     desvio de paradigma das, 62-64  
     diferenças da teoria cognitiva, 62-64  
     interpretação do treinamento de instrução, 59, 60  
     níveis de funcionamento nas, 66, 67  
 Terapia dinâmica de tempo limitado, 48, 49  
 Terapia recreativa, 86  
 Terapia racional-emotiva, 98  
 "Teste de realidade", procedimento, 128, 129  
 Tomada de perspectiva, 129, 130  
 Transtorno de pânico, 107-124  
     causalidade bidirecional, 122  
     círculo vicioso no, 114, 115, 118, 119, 122  
     fenomenologia, 118-119  
     modelo cognitivo, 107-120  
     testabilidade, 93-96  
     modelos de condicionamento, 107-120  
     reavaliação pós-condicionamento, 120-121  
     recursos de atenção transfixados no, 28-29  
     supremacia fisiológica *versus* cognitiva, 120-121  
     técnica de terapia cognitiva, 86  
 Transtornos de ansiedade, 28-29 (*ver também* Transtorno de pânico)  
     processamento cognitivo automático nos, 28  
     recursos de atenção transfixados nos, 28-29  
 Transtornos da personalidade  
     aplicação da teoria cognitiva, 31-36  
     modos nos, 33  
     papel central dos esquemas nos, 33-34  
     perspectiva adaptativa evolucionária, 35, 36  
     técnica de terapia cognitiva, 86  
 Transtornos psicóticos, 125-145  
     avaliação idiográfica, 126-127  
     contexto interpessoal, 133-138  
     correção de crenças delirantes, 127-129  
     e auto-estima, 138-140  
     terapia cognitiva não-diretiva nos, 135, 136  
     tomada de perspectiva, 129, 130  
     tratamentos cognitivos, resultado, 142-145  
     validade ecológica do tratamento, 140-142  
 Tratamento cognitivo não-diretivo  
     crenças delirantes, 135, 136, 144  
     foco emocional do, 135, 136  
 Triade cognitiva, 25
- V**  
 Validade ecológica  
     estudos de esquizofrenia, 140  
     vantagem da terapia cognitiva, 140-142  
 Vulnerabilidades cognitivas, 25

