

Capítulo 4

Por que sou Terapeuta

Cognitivo-Comportamental?¹

Bernard Pimentel Rangé
UFRJ

Tarefa difícil a que me foi proposta. A pergunta pressupõe que eu *seja* um terapeuta *cognitivo*, o que, para mim, não é uma definição clara da minha identidade profissional. Tenho atuado como terapeuta comportamental há cerca de 25 anos e, no mínimo, me acostumei a me ver assim. Acho que também sou visto dessa forma na comunidade científica, e especialmente na comunidade psi, tanto que é dentro desta identidade que sido convidado a participar de inúmeras atividades científicas. Tenho publicado trabalhos que se identificam como comportamentais ao longo de toda a minha vida, como o próprio *Manual de Psicoterapia Comportamental*, do qual fui, juntamente com Harald Lettner, um dos organizadores. Fui recentemente aprovado em concurso público para a Universidade Federal do Rio de Janeiro para a disciplina *Terapia Comportamental*. Ora, então estou eu, aqui, neste momento, ocupando este lugar e respondendo a esta pergunta? Serei, apesar do que disse acima, percebido como *cognitivista*? Em que minha prática ou minha produção literária contribui para estabelecer esta identidade? Será, talvez, que o problema não seja da minha identidade mas sim da identidade dessas abordagens? O que é ser comportamental? O que é ser cognitivo?

Historicamente, a revolução comportamental iniciou-se como uma reação ao introspeccionismo wundtiano e titcheneriano. Watson mostrava-se insatisfeito com a impossibilidade de verificação objetiva que a psicologia introspeccionista exibia. Daí ter passado a questionar o objeto e os métodos de investigação da psicologia tradicional. Sentia-se insatisfeito também – e não poderia ser de outro modo, dadas as características culturais norte-americanas que o moldaram – com as dificuldades de uso prático do conhecimento assim adquirido. Depois de negar legitimidade científica àquela psicologia, o que lhe foi relativamente fácil, surgiu o problema de afirmar uma alternativa. Concebeu, dentro do modelo biológico que lhe formara como psicólogo animal, uma psicologia que tivesse por objetivo estudar as relações do organismo com o ambiente, dentro de uma perspectiva estritamente objetiva que permitisse a utilização do modelo experimental como instrumento de validação de hipóteses. Se esta atitude era positiva no domínio animal por que não tentá-la também no nível humano? Por que não utilizar os *métodos* da psicologia animal à psicologia humana se estes se mostraram tão frutíferos na primeira e os outros tão improdutivos na segunda? Estas foram as indagações de Watson que o conduziram ao seu clássico artigo-manifesto e ao

¹ Texto extraído do livro *Sobre Comportamento e Cognição - aspectos teóricos, metodológicos e de formação em Análise do Comportamento e Terapia Cognitivista*, organizado por Roberto Alves Banaco. Santo André, SP: ESETec Editores Associados, 2001.

surgimento do behaviorismo. E a psicologia comportamental nasceu naturalista, determinista e experimental.

Restava, entretanto, encontrar um destino para a noção de consciência. Talvez por ter tido contato *apenas* com a psicologia wundtiana, via Titchener, Watson concebia a consciência como *coisa que contém*, como um *continente imaterial de conteúdos também imateriais*. Watson não teve contato, aparentemente, com Brentano e seu discípulo Edmund Husserl que concebiam a consciência como *modo de relação com objetos*. A perspectiva wundtiana mantinha-se numa longa tradição que evidencia o problema do dualismo metafísico: há que se supor duas ordens de acontecimentos, a dos fenômenos materiais e a dos fenômenos espirituais ou anímicos. A solução de Watson foi a de negar legitimidade *científica* a consciência, tal como assim concebida. Isto significava que, para ele, era impossível o estudo científico da consciência e que, portanto, o melhor era pura e simplesmente não estudá-la. Até aqui, Watson não quis correr o risco de afirmar ou negar a *existência* da consciência como ser. Escapou assim de sair do domínio da ciência e ingressar na esfera da filosofia, da ontologia, da metafísica. Empirista e positivista como era, quis lidar apenas com os chamados fatos positivos: as relações de causa-efeito na dimensão comportamento-ambiente. Isso era possível. Pavlov já o havia demonstrado. Outros psicólogos animais também. Para ele, portanto, era viável uma psicologia objetiva e experimental cujo conhecimento poderia ser negado ou acumulado sem haver necessidade de qualquer referencia a noção de consciência. Com a negação *apenas metodológica* da consciência e das experiências *internas*, nascia o *behaviorismo metodológico*. Mas continuava o problema de como lidar com aquelas experiências subjetivas.

Em Watson, houve uma preocupação de não se afastar do empírico, de se estabelecer hipóteses cujos conceitos eram apenas descritivos dos fenômenos envolvidos. Com o tempo, foram surgindo outras vertentes dentro do behaviorismo, que defendiam construções teóricas mais elaboradas, numa tentativa de dar conta de problemas como a determinação do comportamento instrumental, que a abordagem de Watson, em parte baseada nos paradigmas pavlovianos, não conseguia resolver satisfatoriamente. Além de utilizar conceitos descritivos, estas vertentes passaram a utilizar conceitos explicativos, ou constructos hipotéticos. Hull e Tolman foram os representantes mais marcantes, um procurando manter-se dentro de um modelo S-R, e o outro reutilizando conceitos mentalistas como intenção e cognição submetidos a novas definições. O fato é que o velho S-R transformou-se em um S-O-R, sendo que o "O" referia-se a uma infinidade de variáveis intervenientes hipotetizadas. O behaviorismo continuava metodológico, apesar dos problemas de definição conceitual que a referência àquelas variáveis envolvia. Este "O", como entidade hipotética, substituiu o "espaço" ocupado pela consciência e adquiriu ares de maior respeitabilidade científica. No entanto, estas variáveis *não representavam descritivamente* os eventos subjetivos que continuavam negados metodologicamente.

Com o advento do pensamento skinneriano, este problema começou a ser tratado de forma diferente. Radical em seu empirismo, Skinner procurou fazer descrições precisas das relações funcionais entre o organismo e o ambiente. Evitou apelar para construções teóricas e manteve-se no domínio da descrição. Uma vez definidas as relações funcionais fundamentais, não hesitou em fazer filosofia. Não negou metodologicamente a consciência: negou-a ontologicamente. Argumentou contra a necessidade de se supor duas realidades, uma material e outra imaterial, como a cultura

ocidental se acostumou a suportar durante milênios. Para ele, somente lidamos com o mundo físico, material. A seriação física continua no interior do organismo e produz eventos que são discriminados tal como os eventos externos. Trata-se, em ambos os domínios, de comportamento discriminativo. Essas discriminações externas ou internas sofrem, eventualmente, uma modelagem verbal que permite que sejam descritas verbalmente, com mais ou menos precisão, pelo próprio indivíduo, no futuro. A consciência nada mais é do que isso: discriminação e descrição verbal de eventos externos ou internos. As condições de manutenção dos comportamentos são idênticas, tanto para os comportamentos explícitos quanto para os encobertos.

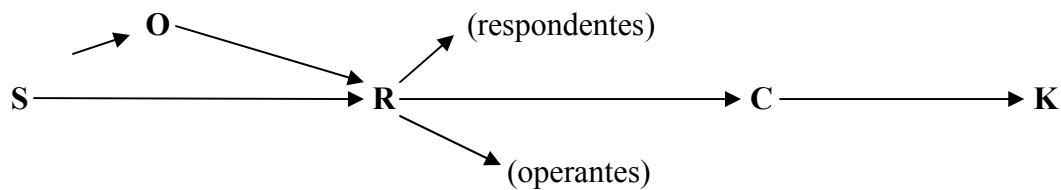
Onde se via, até então, percepção, agora se vê comportamento discriminativo. Onde se via pensamento, agora se vê comportamento verbal encoberto. Onde se via imaginação, agora se vê comportamento discriminativo na ausência do estímulo discriminativo. A formulação de Skinner é brilhante, inovadora, originalíssima, instigante.

O repertório verbal disponível, entretanto, que levou milênios para ser elaborado, continua mentalista. O próprio Skinner, ao escrever suas obras, não deixa de utilizar os termos disponíveis *porque são os disponíveis*. Em muitos trabalhos, ele procura mostrar equivalências entre a conceitualização mentalista e a sua, desenvolvendo novas e interessantes descrições para fenômenos anteriormente descritos apenas com linguagem mentalista. Mas não se muda a cultura com alguns artigos. (O jargão freudiano já está bastante difundido mas, apesar de ter trazido algumas inovações quanto à visão anterior sobre alguns aspectos do comportamento, não quebrou o modo de pensar dualista – corpo-mente, manifesto-subjacente – já em vigor em sua época. Hoje em dia, é até mesmo difícil, ao se fazer atendimentos, não se ter que enfrentar com clientes noções como a de que seu comportamento não esteja sendo comandado pelo "inconsciente".) Mas o pensamento e o jargão skinneriano ainda estão menos difundidos e são mais chocantes com a visão cultural tradicional sobre os eventos internos. Por isso, é mais difícil e demorado de serem absorvidos.

Na década de 50, ao lado do grande desenvolvimento da análise experimental do comportamento, testemunhou-se o nascimento da terapia comportamental. Wolpe, o seu iniciador, aproveitou-se dos princípios do comportamento oriundos do behaviorismo metodológico (fundamentados em Hull e Guthrie), de uma inclinação metodológica experimental e propôs procedimentos que vieram se mostrar extremamente eficientes na mudança de alguns quadros ansiosos. Durante décadas, dessensibilização sistemática permaneceu como sinônimo de terapia comportamental. Imagino que muitos aqui tenham se utilizado desse procedimento sem grandes preocupações de se era baseado no behaviorismo metodológico ou no behaviorismo radical. E atentem para o fato de que a técnica consistia em três componentes principais: construção de hierarquias de ansiedade, relaxamento e apresentação sistemática dos itens da hierarquia para serem imaginados durante relaxamento. Eventualmente, a exposição era ao vivo. Mas estava presente a ideia que uma imagem **gera** ansiedade tanto quanto a exposição aos estímulos "reais". Duvido que alguém possa qualificar Wolpe como cognitivista, mas a ideia básica da abordagem cognitiva está aí. Quem se incomodou muito com isso, na época?

A análise experimental do comportamento gerou sua própria visão de psicoterapia: inicialmente denominada *modificação de comportamento*, posteriormente foi descrita

como *análise aplicada do comportamento*. A análise experimental do comportamento, apesar de enfatizar mais os aspectos operantes, não-verbais e verbais, das relações organismo-ambiente, também inclui processos respondentes. Na década de 60, a equação básica para análise do comportamento era a seguinte:



onde:

- **S** diz respeito aos eventos antecedentes (estímulos incondicionados, condicionados ou discriminativos);
- **O** diz respeito aos esquemas de manutenção do organismo (privação, saciação, etc.);
- **R** diz respeito às respostas do organismo;
- **C** diz respeito às consequências do comportamento operante (positivas, negativas, nulas);
- **K** diz respeito aos esquemas de reforçamento em vigor para aquele comportamento (contínuo, intermitente de razão fixa ou variável, intermitente de intervalo fixo ou variável, e assim por diante).

Pergunto: essa equação violenta fundamentalmente princípios de uma análise aplicada do comportamento? Omite algo? Talvez o componente dos processos verbais e/ou encobertos.

A evolução do conhecimento dentro do behaviorismo manteve as distinções (filosóficas) entre o behaviorismo metodológico e o behaviorismo radical. No primeiro, houve uma tendência de valorização das chamadas *variáveis cognitivas*. No segundo, houve a exploração sistemática do comportamento *verbal* e dos *eventos encobertos*.

Numa equação metodológica, as variáveis cognitivas ocupam uma **posição** (e só a posição) semelhante à dos eventos encobertos na equação radical. A diferença está no modelo. Para o modelo cognitivo, ha uma sequência – **causal** – entre S e os diferentes tipos de R: Os eventos antecedentes ativam cognições que evocam emoções (os respondentes) e que, por sua vez, influenciam as próprias cognições (os operantes). Para o modelo radical, os eventos antecedentes aumentam a probabilidade de ocorrência de determinados eventos internos e de operantes e eliciam respondentes.

Será que são tão diferentes e incompatíveis que necessariamente conduzam a conflitos e antagonismos, como os que observamos entre as duas correntes, quase como se fosse entre a corrente behaviorista e a psicanalítica? Será que a prática deles decorrente é tão diferente? Será que os resultados dessa prática são piores, um em relação ao outro? O que importa mais: o modelo que descreve o comportamento ou o próprio comportamento? Se o comportamento de terapeutas frente a seus clientes são semelhantes e conduzem a resultados semelhantes, que diferença faz, **na prática**, que o modelo que o descreva para terapeutas de orientações **filosóficas** diferentes sejam diversos? Pode fazer **muita** diferença no nível filosófico, epistemológico, teórico, e isso é importante para o progresso do conhecimento. Mas aqui estamos lidando com práticas

terapêuticas, benefícios de pessoas e a difusão de procedimentos que beneficiem mais pessoas.

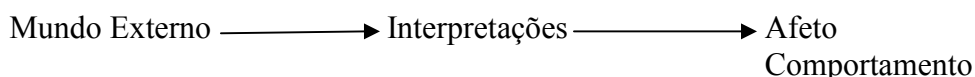
Esse aspecto prático é muito importante. Os pacientes entendem muito claramente o modelo cognitivo, o aceitam como válido e se dispõem com relativa facilidade a operar sob sua ótica para alcançar as mudanças que pretendem. As mudanças são alcançadas e isso reforça os comportamentos clínicos e as convicções dos terapeutas. A comunidade psi não-comportamental também entende e aceita esta ótica. Despertamos mais respeito, admiração, convites para debates, encaminhamento de pacientes, etc., pela aceitação do modelo, pela força dos dados e, conseqüentemente, pela crença na efetividade das práticas decorrentes. No meio psiquiátrico, por exemplo, cada vez mais se aceita, considerados os resultados das pesquisas realizadas nos quatro cantos do mundo, é que a terapia cognitivo-comportamental é, hoje, o casamento mais adequado para a intervenção psiquiátrica. O reconhecimento mundial chegou ao ponto de o *Food and Drug Administration*, do Departamento de Saúde dos Estados Unidos, determinar que só existem dois tratamentos eficazes para o Transtorno do Pânico: medicação antidepressiva e terapia cognitivo-comportamental, e que o uso de outras abordagens será considerado imperícia.

Cansei de ser tratado como um ser exótico com ideias bizarras por aqueles que, baseados em filosofias, mais do que em fatos, viam minha prática como ingenuidade. Acostumei-me a valorizar mais os dados do que a retórica, pois são o único fundamento confiável para a nossa prática, e sempre acabam se impondo inevitavelmente. E eles têm demonstrado inequivocamente a efetividade da terapia cognitivo-comportamental. Não pretendo, pois, negar a força destes dados em defesa de uma filosofia, por mais adequada que pareça.

É curioso que, depois de muitos anos de dificuldades, de vermos nosso trabalho aceito e valorizado, agora que conquistamos esse reconhecimento, passemos a ter, dentro de nosso movimento, divisões e antagonismos internos. Talvez isso se deva à força da brilhante argumentação skinneriana, mas também a algum desconhecimento do modelo cognitivista e dos seus efeitos amplamente verificados.

1. Qual é o modelo cognitivo?

O modelo cognitivo entende que afeto e comportamento são determinados pelo modo como o indivíduo estrutura o mundo. Suas cognições (eventos verbais ou pictóricos do sistema consciente) medeiam as reações (sentimentos e comportamentos). O modelo esquemático é o seguinte:



Distingue-se da psicanálise e da psiquiatria biológica, na medida em que estes entendem que a ação de um indivíduo está baseada em um determinismo, seja externo, seja fora do seu controle, enquanto o modelo cognitivo supõe que a origem da ação se encontra na sua consciência (entendida como se quisier), logo sob seu poder.

Historicamente, a Terapia Cognitiva (TC) teve como precursora a Terapia Racional-Emotiva de Albert Ellis, mas foi Aaron T. Beck quem lhe deu os contornos

atuais. Beck, originalmente um psicanalista, percebeu, em seus atendimentos, certas características no processamento cognitivo de seus pacientes deprimidos e a relação destas com sintomas por eles apresentados. Pouco a pouco foi desenvolvendo sua teoria e uma prática correspondente e submetendo-as a verificações experimentais que as validaram.

Na mesma época, algumas variantes da Terapia Comportamental também começaram a valorizar progressivamente os aspectos cognitivos, como as de Bandura, Mahoney e outros, com o conseqüente desenvolvimento de uma abordagem cognitivo-comportamental.

Tentamos compreender um pouco melhor seus fundamentos, seus princípios e seus processos.

As interpretações que um indivíduo faz do mundo se estruturam progressivamente durante seu desenvolvimento, formando **regras** ou **esquemas**. Estes orientam, organizam, selecionam suas novas interpretações e ajudam a estabelecer critérios de avaliação de eficácia ou adequação de sua ação no mundo. Numa analogia, pode-se dizer que funcionam tal como as regras gramaticais na regulação do comportamento verbal.

Esquemas são espécies de “fórmulas” que uma pessoa tem a seu dispor para lidar com situações regulares, de maneira a evitar todo o complexo processamento que existe quando uma situação é nova. Orientam e ajudam uma pessoa a selecionar os detalhes relevantes do ambiente e a evocar dados armazenados na memória também relevantes para a sua interpretação. Os esquemas podem se organizar em compostos mais complexos chamados **constelações cognitivas**, que se manifestam através de prontidões (*sets*) cognitivas, entendidas como estados de ativação cognitiva, que preparam um indivíduo para certo tipo de atividade cognitiva específica (detecção de perigo, apreciação estética, etc.). Todos esses fatores determinam a espécie e amplitude das reações emocionais e comportamentais.

Em condições normais, um estado de prontidão cognitiva varia de acordo com mudanças na estimulação. Se houver uma persistência, através de diversas situações, o “set” está evidenciando uma tendenciosidade que denuncia a ativação de um **modo**. A noção de modo corresponde ao conceito utilizado em eletrônica que define modos de funcionamento de equipamentos (por exemplo: modo rádio FM, modo rádio AM, modo gravador, modo CD, em equipamento de som). Um modo ativado significa que o indivíduo fica funcionando mais regularmente naquela função (em *looping*). Há modos negativistas, narcisistas, vulneráveis, eróticos, etc.

A ativação de um modo estimula a ativação esquemas correspondentes e de determinados *sets* cognitivos; estes, por sua vez, irão disparar **pensamentos automáticos** que são verbalizações (ou imagens) encobertas específicas, discretas, telegráficas, reflexas, autônomas e idiossincráticas sentidas como plausíveis e razoáveis. Os pensamentos automáticos vão gerar as emoções correspondentes, e através deles pode-se descobrir os esquemas que os geram. Isso tornará possível descobrir os tipos de distorções cognitivas que sustentam as patologias com que nos defrontamos, de maneira a poderem ser tratadas. Cada patologia tende a funcionar com tipos específicos de distorções cognitivas.

Resumidamente, pode-se dizer que qualquer emoção depende da avaliação que um indivíduo faz de uma situação. A percepção de um copo de água envolve uma avaliação positiva ou neutra, conforme a sede, ou de perigo se houver possibilidade de que ela possa estar contaminada; uma emoção de alegria, indiferença ou medo corresponderá àquela percepção. A ideia de contaminação pode ocorrer em função de evidências sobre a qualidade da água ou da ativação de pensamentos automáticos relacionados a perigo que denunciam a existência de determinados esquemas idiossincráticos de um indivíduo e a ativação de um modo de invulnerabilidade. A reação de medo consequente a um evento sobre o qual não há evidências de perigo sugere a existência de distorções no processamento cognitivo que podem requerer uma intervenção reparadora.

Um dos esquemas mais fundamentais de um indivíduo é o de **domínio pessoal**. É constituído pelo conjunto de objetos tangíveis ou não que são relevantes para uma pessoa. No centro do domínio está seu conceito de si mesma, seus atributos físicos e características pessoais, suas metas e valores. Aninhados, em torno do centro, há objetos animados ou inanimados nos quais há investimentos, e incluem, tipicamente, sua família, amigos, bens materiais e posses. Os outros componentes de seu domínio variam em grau de abstração: escola, trabalho, grupo social, nacionalidade e valores intangíveis como liberdade, justiça ou moralidade. A natureza da resposta emocional - perturbada ou não depende de a pessoa perceber os eventos como adicionando (alegria/euforia), subtraindo (tristeza/depressão), ameaçando (medo/pânico) ou invadindo/coagindo (raiva/hostilidade) seu domínio.

A concepção desse modelo que envolve, como vimos, as noções de esquemas, modos e pensamentos automáticos gerou o desenvolvimento de uma prática terapêutica específica. A TCC é uma integração dos princípios e práticas das terapias comportamental e cognitiva. É abordagem ativa, diretiva e estruturada usada no tratamento de uma variedade de problemas psiquiátricos, fundamentada nos modelos cognitivo e comportamental e caracterizada pela aplicação de uma variedade de procedimentos clínicos como introspecção, teste de realidade, *insight* e inúmeros procedimentos comportamentais que conduzem a aprendizagens, visando aperfeiçoar discriminações e corrigir concepções equivocadas, modificar estados emocionais e mudar comportamentos julgados inadequados.

Uma sólida relação terapêutica é uma condição necessária para uma TCC efetiva. Atributos, como empatia, interesse genuíno, calor humano, autenticidade, devem estar presentes em todo terapeuta cognitivo. A relação é vista como um esforço colaborativo entre terapeuta e paciente. Juntos estabelecem os objetivos da terapia e de cada sessão, prazo e duração do contrato terapêutico, os "sintomas-alvo", as tarefas, etc. Assim, fica clara a participação ativa do paciente em seu processo de mudança.

A TCC usa primariamente, no trabalho cognitivo, o método socrático. De forma alguma ela pode ser persuasiva. Transcorre, fundamentalmente, em torno de perguntas que o terapeuta faz para o paciente questionar os fundamentos de suas crenças e, na ausência destes, poder modificá-las. Os questionamentos que motivam as reestruturações giram em torno fundamentalmente de evidências que sustentam as crenças e pensamentos automáticos e de outras alternativas possíveis de se interpretar a situação. A falta de evidências e a descoberta de outras interpretações abalam a confiança na crença, tornando-a uma hipótese entre outras sujeita a verificação. Assim,

o trabalho cognitivo visa ajudar o paciente a processar as informações de um modo semelhante ao que um cientista usa em seu trabalho e que o próprio paciente também usa quando envolvido em situações não prejudicadas por um processo falho, como, por exemplo, quando investiga as razões de um vazamento de água, ou de uma falha elétrica, ou ainda de um tremor na direção de um veículo.

A TCC é orientada para o problema, não para a personalidade. É estruturada e diretiva para atingir seus objetivos de mudança da situação problemática específica. Para isso, baseia-se em um modelo educacional em que se objetiva ensinar ao paciente recursos para lidar sozinho com novas situações com as quais se defronte no futuro. Daqui se depreende que a TCC também se utiliza de um método indutivo na medida em que toma as evidências dos dados como instrumento de avaliação da credibilidade das hipóteses.

O trabalho de casa é considerado um aspecto central da TCC, uma vez que o trabalho desenvolvido nas sessões é limitado no tempo e que o tempo fora das sessões pode ser utilizado para novas experiências e exercícios corretivos de suas crenças disfuncionais. A resistência em realizá-los deve ser examinada nas sessões, de modo a detectar possíveis fatores que estimulem a evitação.

Parte da sintomatologia de um paciente pode ser atribuída à incompreensão do que lhe acontece. É fundamental – seja como elemento de aliança terapêutica, seja por respeito a seus direitos como paciente, seja como já parte do processo de mudança – uma explicação detalhada da base lógica da TCC, de sua compreensão dos problemas e da compreensão possível, até o momento, da problemática trazida pelo paciente. Esse passo inicial é fundamental para um certo alívio do sofrimento do paciente, pela possibilidade de sentir-se compreendido com o correspondente aumento de esperança de resolução; para o estabelecimento de uma aliança terapêutica produtiva; para o comprometimento com um contrato de trabalho firmado em bases de cooperação mútua; e para o entendimento do que se pretende fazer, do que se espera do paciente e como isso se insere no processo e resultado.

Já se viu que o enfoque da TCC se baseia na ideia de que, entre outras variáveis, os pensamentos podem gerar os afetos e os comportamentos que constituem a queixa do paciente. A detecção desses pensamentos durante a sessão, quando estão "quentes" e "vivos", é crucial para uma adequada demonstração das distorções cognitivas em ocorrência. Mas é importante que, dessa experiência, o paciente aprenda a detectar por si mesmo os pensamentos disfuncionais como um primeiro passo para aprender a manejá-los. Para isso, usam-se os Registros Diários de Pensamentos Disfuncionais (RDPD), nos quais, tomando-se os afetos como marcadores, são registrados os eventos situacionais (dia, hora, situação), emocionais (sentimentos, reações corporais) e cognitivos (pensamentos e imagens) relevantes. As sessões seguintes envolverão, com certeza, uma análise e discussão detalhada dos RDPD.

A análise dos RDPD permitirá o estabelecimento em conjunto dos sintomas-alvo (desânimo, tristeza, ansiedade, falta de concentração, evitações, ideias suicidas, etc.), dependendo do quadro apresentado pelo paciente e de suas necessidades mais imediatas. A alteração das cognições, que sustentam esses sintomas-alvo, é passo seguinte logicamente necessário dentro do modelo.

Uma vez que o paciente tenha adquirido uma compreensão da lógica do processo e aprendido a detectar os pensamentos disfuncionais, e chegado o momento de generalizar o tratamento para fora do contexto terapêutico. A aprendizagem realizada pelo paciente de como questionar suas crenças disfuncionais poderá ser executada por ele próprio em seu dia-a-dia e registrada nos RDPD para posterior análise.

Como afirmei acima, em grande parte, o tratamento faz uso de muitos procedimentos comportamentais. O Plano de Atividades Diárias (PAD) e a prescrição de tarefas graduadas para pacientes deprimidos, a auto-exposição a determinadas situações para pacientes com distúrbios de ansiedade, a prevenção de respostas para o tratamento de compulsões, por exemplo, podem ser recomendadas como técnicas auxiliares para combate de determinados sintomas-alvo e para testes da realidade imprescindíveis a modificação de crenças distorcidas.

As técnicas terapêuticas destinam-se a identificar, testar na realidade e corrigir concepções errôneas e, com isso, ajudar o paciente a pensar mais objetiva e realísticamente. Envolvem ensinar ao paciente a observar e controlar seus pensamentos automáticos depois de ele reconhecer os vínculos entre cognições, afetos e comportamento; examinar evidências pró e contra seus pensamentos automáticos; substituir as cognições automáticas tendenciosas por outras mais orientadas para a realidade; e aprender a identificar e alterar as crenças (esquemas) disfuncionais que sustentam e geram os pensamentos automáticos.

Não há obstáculos definitivos para o uso complementar de medicamentos apesar de que este uso tende a facilitar atribuições externas (aos medicamentos) em detrimento de atribuições internas (a aquisição de recursos pessoais) que tendem a vulnerabilizar os pacientes a recidivas.

Uma relação terapêutica distingue-se de outras relações interpessoais. O estabelecimento de uma boa relação terapêutica e de trabalho é fundamental para o sucesso de qualquer intervenção terapêutica, inclusive, como se viu, na TCC. Uma exagerada submissão ao método, uma inconstância no seu uso, uma excessiva cautela prejudicam a relação terapêutica e a evolução satisfatória da terapia. Igualmente, qualquer aspecto de didatismo exagerado ou persuasão serão contraproducentes. Deprimidos e ansiosos, por exemplo, tendem a estabelecer relações dependentes, o que descaracteriza o processo e a estrutura da TCC. Uma superficialidade no exame de significados de uma experiência precisa ser substituída por uma ênfase contínua em auto-exploração. A TCC maximiza seus resultados quanto mais os problemas são trabalhados enquanto estão "fervendo", isto é, quando ocorrem na própria sessão; donde a necessidade de recriá-los ou até mesmo provocá-los nas sessões.

Para encerrar, precisamos lembrar que cada vez mais tomamos consciência da complexidade do objeto de nosso interesse. Isso conduz a uma posição de certa humildade que reconhece os limites da abrangência de cada perspectiva. Precisamos nos aproximar dos campos da psicobiologia, da psicofarmacologia, da psiquiatria, da sociologia, da antropologia e muitos outros, não só para conhecer melhor a contribuição de cada uma mas também para dar a conhecer a nossa, se quisermos progredir na direção de formas mais efetivas de tratamento e mudança. Temos, em nosso poder, um instrumento poderoso e valioso para o bem-estar de uma boa parcela da humanidade.

Precisamos compartilhá-lo mais e mais para difundi-lo e torná-lo mais útil socialmente. Daí, precisamos de linguagens que sejam adequadamente decodificáveis.

A TCC é UM caminho. Certamente não é o único. Tem uma filosofia questionável, mas uma história que a justifica. Tem uma linguagem compreensível e uma efetividade comprovada. Fui treinado profissionalmente nesta perspectiva. Além de tudo, me satisfaz e reforça meus comportamentos clínicos. Sinto eco em meu diálogo com colegas cognitivos e comportamentais, psiquiatras e até psicanalíticos. Por que não seria eu um terapeuta cognitivo-comportamental?