

A contribuição da teoria e prática da terapia cognitivo-comportamental no aconselhamento pastoral com casais e famílias

The contribution of theory and practice of cognitive-behavioral therapy in pastoral counseling with couples and families

La contribución de la teoría y la práctica de la terapia cognitivo-conductual en la consejería pastoral con parejas y familias

Blanches de Paula*

Ricardo Silva dos Santos Durães**

RESUMO

As muitas crises são instaladas no indivíduo devido ao pouco conhecimento que cada pessoa tem de suas próprias reações diante das situações de tensão, a perda de controle sobre o pensamento e comportamento, gerando atitudes irracionais e dificuldades na comunicação clara e objetiva. Este artigo oferece um panorama geral sobre a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) e o seu desenvolvimento, bem como algumas técnicas, avaliações, procedimentos no atendimento a pessoas em conflitos gerados por crenças disfuncionais. O artigo destaca também a importância do diálogo entre aconselhamento pastoral e suas interações com as ciências.

Palavras-chave: Terapia Cognitivo-comportamental; casais e famílias; aconselhamento pastoral.

ABSTRACT

The many crises are installed in the individual due to the little knowledge that each person has their own reactions to the stress conditions, the loss of control over thought and behavior, creating irrational attitudes and difficulties in clear and objective communication. This chapter behind an overview of CBT (Cognitive Behavioral Therapy) and its development, as well as some techniques, assessments, procedures in caring for people in conflicts generated by dysfunctional beliefs. The article also the importance of dialogue between pastoral counseling and their interactions with the sciences.

Keywords: Cognitive Behavioral Therapy; couples and family; pastoral counseling.

* Doutora em Ciências da Religião, teóloga, psicóloga, docente do Curso de Teologia da Universidade Metodista de São Paulo (Umesp). Orientou Ricardo Durães no Trabalho de Conclusão de Curso na graduação em Teologia. E-mail: blanches.paula@metodista.br

** Graduado em Teologia pela Universidade Metodista de São Paulo (Umesp); é estudante de Psicologia e mestrando em Psicologia da Saúde, também pela Umesp.

RESUMEN

Las muchas crisis se instalan en el individuo debido al poco conocimiento que cada persona tiene sus propias reacciones a las condiciones de estrés, la pérdida de control sobre el pensamiento y el comportamiento, la creación de actitudes irracionales y dificultades en la comunicación clara y objetiva. Este capítulo detras de una visión general de la TCC (terapia cognitivo-conductual) y su desarrollo, así como algunas técnicas, evaluaciones, procedimientos de atención a las personas en los conflictos generados por las creencias disfuncionales. El artículo también la importancia del diálogo entre la consejería pastoral y sus interacciones con las ciencias.

Palabras clave: Terapia Cognitivo-Conductual; parejas y familias; consejería pastoral.

Introdução

As famílias e a sociedade vêm acolhendo transformações no decorrer dos tempos. As mudanças sociais, econômicas, políticas atingem as famílias desde que foram classificadas como tais. Além disso, o cenário religioso vem acompanhando essas mudanças, procurando oferecer espaços de escuta às famílias. Esse artigo aborda um caminho para o diálogo entre o cenário das famílias, especialmente a vida conjugal que atravessa vários desafios, com o aconselhamento pastoral. Compreendemos que a interdisciplinaridade é de vital importância neste cuidado. Por isso, consideramos que o diálogo entre o aconselhamento pastoral e a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) poderá contribuir para metodologias que colaborem no atendimento de casais e famílias.

De acordo com Howard Clinebell (2011, p. 24-30), aconselhamento pastoral (AP) é utilizado por pessoas que exercem o ministério clérigo ou leigo, relacionamentos de indivíduo para indivíduo, grupos que possibilitam e potencializam a ação curativa e de crescimento dentro dos relacionamentos. Isto é constituído pela utilização de métodos de cura terapêutica, a fim de ajudar as pessoas a reagirem e lidarem com seus problemas, crises, perdas e responsabilidades de maneira construtiva. O AP procura integrar a teologia e a espiritualidade com *insights* de diversas áreas do conhecimento e das situações humanas, com o intuito de possibilitar cura, libertação e restauração. Este processo se torna eficaz na medida em que ajuda o indivíduo a desenvolver a sua capacidade de relacionar-se com formas que exerçam a integralidade, crescimento e satisfação neles próprios e nos outros.

Segundo Maldonado (2003, p. 115), os terapeutas que trabalham com famílias buscam encontrar em seus pacientes as regras que estes têm, bem como seus limites, hierarquias, distribuição de papéis etc. Além disso, procuram alternativas para o bom desenvolvimento das relações e maior satisfação. Isto pode ser feito a partir da facilitação e fluência da comunicação entre o casal ou família, percepção da realidade por meio de outra ótica, estabelecimento de tarefas reflexivas.

Segundo Clinebell (2011, p. 33-34), alterações construtivas nos relacionamentos e no comportamento também produzem mudanças notórias nos sentimentos e atitudes. Um dos desafios do AP é ajudar as pessoas com os seus problemas imediatos, em suas tomadas de decisões, no cuidado, em meio a atitudes que geram conflitos e crises, bem como no desenvolvimento de aptidões de enfrentamento em questões presentes e futuras.

Os pastores e pastoras são convidados/convidadas a desenvolverem habilidades no aconselhamento com casais e família, pois, estes/estas atuam em comunidades cristãs, onde têm acesso frequente e natural a contextos de famílias com sistemas e conflitos diversificados. Ademais, contribuir com a saúde mental, física e espiritual destas pessoas a partir da educação, utilizando-se de técnicas contemporâneas de comunicação, resolução de problemas, bem como na prevenção de crises conjugais e familiares (CLINEBELL, 2011, p. 115-121).

Clinebell (2011, p. 63) afirma que é importante para o/a aconselhador/a recorrer a métodos de terapias centradas no crescimento, tais como, terapias voltadas para o comportamento e a ação e terapias com casais e famílias. Contudo, sem deixar de lado a dimensão da espiritualidade no acompanhamento.

Segundo Weaver, Koenig e Larson (2007), clérigos indicam interesse substancial em educação continuada, particularmente em questões de aconselhamento familiar. A sugestão é que haja treinamentos em áreas como casamento e família, divórcio e separação, aconselhamento conjugal, ajustamento sexual, aconselhamento pré-nupcial.

As pessoas com problemas conjugais e familiares buscam mais assistência de clérigos que especialistas de saúde mental não religioso, pois acreditam no envolvimento da fé e religião na satisfação e ajustamento conjugal. O diálogo entre terapeutas familiares e clérigos tem grande contribuição na estratégia de enfrentamento de problemas utilizados no atendimento e acompanhamento familiar e conjugal (WEAVER; KOENIG; LARSON, 2007; CRAIG, 2011).

A Terapia Cognitivo-Comportamental pode proporcionar aos/às aconselhadores/as pastorais importantes instrumentos para ajudar as pessoas abandonarem crenças rígidas, irracionais (fonte das mensagens negativas e autodepreciadoras) e destrutivas e a desenvolverem crenças mais realistas sobre si próprio, o mundo e o futuro (CLINEBELL, 2011, p. 235-239).

1. Breve histórico da TCC

1.1. *A Terapia Cognitiva e os pressupostos básicos*

A terapia cognitiva (TC) foi uma das primeiras a reconhecer que o pensamento influencia o afeto, o comportamento, o sistema biológico e o ambiente. Em 1956, Aaron Beck realizou uma pesquisa a fim de verificar os pressupostos psicanalíticos da depressão a partir da teoria cognitiva. Esta tem demonstrado

eficácia em pesquisas científicas rigorosas. A TC acredita que o ser humano dá significado a todos os aspectos de sua vida, construindo diferentes hipóteses sobre o futuro e sua própria identidade. Os indivíduos reagem diferentemente em situações específicas e chegam a conclusões variadas, fruto de características culturais ou experiências particulares (BAHLS; NAVOLAR, 2004, p. 3-4).

O objetivo principal da TC é estudar o processamento de informações na atribuição dos significados (a natureza e a função dos aspectos cognitivos) que o indivíduo atribui à vida. Os sistemas de crenças precisam ser testados, avaliando as consequências e funcionalidades para a pessoa em um contexto específico, a fim de identificar e prever relações complexas entre eventos. O intuito é de facilitar a adaptação do indivíduo a ambientes passíveis de mudança. A adaptação depende de “estruturas de cognição com significado” e, uma categoria de significados (crenças) implica em padrões específicos da emoção, atenção, memória e determina a maneira como a pessoa se comporta (BAHLS; NAVOLAR, 2004, p. 4-5).

A Terapia Cognitiva busca desenvolver as habilidades do indivíduo capaz de identificar e modificar pensamentos disfuncionais, crenças irracionais, emoções negativas e comportamentos desadaptados. O caráter é educativo, pois a pessoa aprende no processo terapêutico (por exemplo, a partir do método socrático¹) a refletir sobre as suas hipóteses distorcidas, explorando evidências que a confirmem ou não, a fim de chegar a uma ideia mais realista (RANGÉ, 2001, p. 53-57).

1.2. *A Terapia Comportamental e os pressupostos básicos*

A revolução comportamental teve início, historicamente, como uma reação ao introspeccionismo² wundtiano e titcheneriano³. John Watson⁴ estava insatisfeito com a impossibilidade de uma verificação objetiva exibida pela psicologia introspeccionista, então, concebeu dentro do modelo biológico

¹ Técnica definida como uma série de questões elaboradas cuidadosamente a fim de explorar cooperativamente um determinado assunto. O objetivo é encontrar conclusões lógicas em relação ao problema e fornecer diretrizes adequadas para futuras ações (ABREU, Cristiano Nabuco de; GUILHARDI, Hélio José (Orgs.). *Terapia comportamental e cognitivo-comportamental: práticas clínicas*. São Paulo: Roca, 2004. p. 311).

² Autoexame dos pensamentos, impressões, sentimentos próprios e consciência.

³ Relacionado a Wilhelm Wundt (1832-1920), médico, filósofo e psicólogo alemão e Edward Bradford Titchener (1867-1927) psicólogo britânico – Titchener divergia de Wundt porque estava interessado em analisar a experiência consciente complexa a partir das partes componentes e não a síntese dos elementos mediante a apercepção. Titchener enfatizava as partes a fim de descobrir os chamados átomos da mente enquanto que Wundt analisava o todo (SCHULTZ, Duane P. Tradução de Suely Sonoe Murai Cuccio. *História da psicologia moderna: tradução da oitava edição norte-americana*. São Paulo: Thomson, 2005. p. 112).

⁴ Norte-americano, John Watson (1878-1958) é considerado o “pai” da psicologia científica.

uma psicologia que tivesse como objetivo o estudo das relações do organismo com o ambiente. Nascia o behaviorismo e a psicologia comportamental naturalista, determinista e experimental. Embora Watson fosse empirista e positivista, ele somente quis tratar dos chamados fatos positivos: as relações de causa-efeito na dimensão comportamento-ambiente, o que Ivan Pavlov⁵ já havia demonstrado ser possível (BANACO, 2001, p. 21-22).

Watson se preocupava em não se afastar do empírico e estabelecer hipóteses com conceitos apenas descritivos dos fenômenos envolvidos. Com o passar do tempo surgiram outras linhas dentro do behaviorismo, defendendo construções teóricas mais elaboradas, numa esperança de dar conta de problemas como a determinação do comportamento na abordagem de Watson (a partir da observação com o uso de instrumentos). Esta era fundamentada, em parte, nos paradigmas de Pavlov e, não conseguia resolver as questões de forma satisfatória. Posteriormente, com o pensamento de Skinner⁶, radical em seu empirismo (conhecimento como fruto das experiências), houve descrições precisas das relações funcionais entre o organismo e o ambiente e manteve-se no domínio da descrição, evitando o apelo pelas construções teóricas (BANACO, 2001, p. 21-22).

Na década de 1950, houve o nascimento da terapia comportamental em paralelo ao grande desenvolvimento da análise experimental do comportamento. O precursor desta análise foi Joseph Wolpe⁷ que aproveitou princípios do comportamento, oriundos do behaviorismo metodológico experimental, com uma proposta de procedimentos que, posteriormente se mostraram extremamente eficientes na mudança de alguns quadros ansiosos. Esta análise gerou sua própria visão de psicoterapia, que em seu início ficou conhecida como modificação de comportamento e, com o tempo, passou a ser descrita como análise aplicada do comportamento. Apesar de enfatizar mais os aspectos operantes, ou seja, verbais e não verbais das relações organismo-ambiente, inclui, também, processos respondentes (BANACO, 2001, p. 23-24).

Para o modelo cognitivo há uma seqüência causal entre S (estímulos) e os diferentes tipos de R (respostas). A mudança no ambiente produz mudança no organismo. Os eventos antecedentes ativam cognições que evocam emoções – respondentes – e influenciam as próprias cognições – operantes.

Nos anos 1960, aconteceu a chamada “revolução cognitiva” no behaviorismo com pesquisas básicas em psicologia e modelos cognitivos, os quais foram introduzidos e aceitos paulatinamente de forma que a atual escola

⁵ Ivan Pavlov (1849-1936) foi um fisiologista russo que descobriu o reflexo condicionado entre o final do século 19 e início 20.

⁶ Burrhus Frederic Skinner (1904-1990) foi psicólogo norte-americano conhecido como o “pai” do behaviorismo radical (uma oposição ao comportamentalismo filosófico).

⁷ Psiquiatra sul-africano (1915-1997).

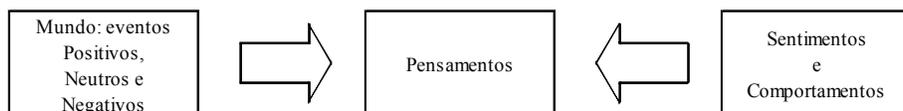
behaviorista passou a ser chamada de “cognitivo-comportamental” (RANGÉ, 1995, p. 15-16). Atualmente, a terapia cognitivo-comportamental tem sido considerada e reconhecida mundialmente como o casamento mais adequado para intervenções psiquiátricas, devido os resultados positivos das pesquisas (RANGÉ, 1995, p. 15).

1.3. A Terapia Cognitivo-Comportamental e os pressupostos básicos

Embora tenha diversas classes de abordagem, tais como: Terapia Racional Emotiva, Terapia de solução de problemas, Terapia Cognitiva de Beck, cada uma se dirigindo para diferentes graus de mudanças de comportamento e/ou cognitivas, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), todas estas acreditam que mudanças terapêuticas podem ser alcançadas pela alteração dos modos disfuncionais de pensamento, bem como por meio de métodos com base em princípios e técnicas comportamentais (BANACO, 2001, p. 5-7).

No exemplo a seguir se pode entender como funciona a relação entre o mundo e como as pessoas se sentem. Não são simplesmente os eventos positivos, neutros e negativos que causam mudanças emocionais e sim, as percepções que se têm de tais acontecimentos. O comportamento e o afeto de um indivíduo são determinados pelo modo como ele/ela estrutura o mundo, ou seja, como olha para os eventos e como os interpreta.

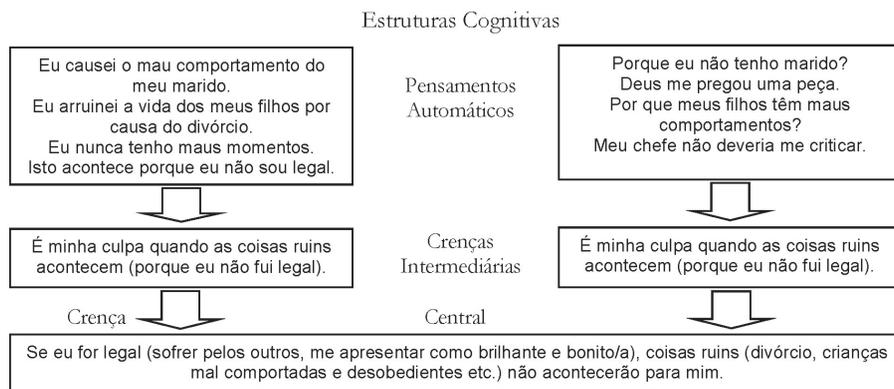
Modelos Cognitivos



Com base nas pesquisas da TCC, para a solução de problemas atuais, é necessário que se trabalhe com as fontes de sofrimento do indivíduo, isto é, as possíveis distorções que ocorrem na forma de avaliação de si mesmo e do mundo. Segue exemplo de crenças básicas inflexíveis que são incondicionais, abstraídas a partir de avaliações das experiências ao longo da vida (BANACO, 2001, p. 6-7).

O esquema a seguir é uma técnica usada pela TCC, denominada flecha descendente, que busca propiciar à pessoa, novos aprendizados em sua maneira de pensar, agir e sentir. Este funcionamento cognitivo contém níveis de pensamentos inter-relacionados, corresponsáveis pela percepção e interpretação dos eventos que afetam a maneira de sentir do indivíduo. Os pensamentos automáticos são quase despercebidos, embora estejam presentes na vida das pessoas. As crenças intermediárias são suposições feitas

pela pessoa sobre determinado evento, tendo base em atitudes e regras não relacionadas diretamente às situações. As crenças centrais são ideias mais profundas e rígidas sobre si próprio, geralmente, formadas desde a infância (ABREU; GUILHARDI, 2004, p. 320-321).



As estruturas cognitivas possuem níveis de organização. São encontrados em sua superfície, os pensamentos automáticos que são os acessos imediatos que percorrem a mente sem o mínimo de esforço por parte do indivíduo. Estes pensamentos são ideias, crenças e imagens específicas à situação. É um diálogo interno que parece óbvio e natural para cada pessoa. É muito importante conhecer os conteúdos deste nível porque permitem descobrir as suposições e as respectivas estruturas ou esquemas que se encontram no núcleo (crença central). O indivíduo deve reconhecer os seus esquemas básicos, começando do específico e explícito para o geral e inferido. Para ajudá-lo, num primeiro momento o mesmo reconhece e relata seus pensamentos automáticos. No passo seguinte, os temas gerais abstraídos dos pensamentos automáticos são identificados para que se possa delinear ou formular as regras centrais para a vida dos indivíduos.

A TCC tem como objetivo a verificação de sintomas da pessoa por meio do uso de técnicas, a fim de corrigir as distorções cognitivas. Também, para o desenvolvimento de formas equilibradas de avaliação de suas experiências que possam ajudá-la. Este processo também é conhecido como empirismo colaborativo. Além disso, o terapeuta explora os conteúdos dos pensamentos automáticos usando técnicas de questionamentos ou perguntas. Isto, para obter esclarecimento de cada um dos sistemas de crença da pessoa (BANA-CO, 2001, p. 7-8).

Objetivo das técnicas

- Cognitivas

Identificar os pensamentos automáticos;

Reconhecer conexões entre estes pensamentos, afetos e comportamentos;

Testá-los na realidade;

Substituir as distorções cognitivas e esquemas disfuncionais por interpretações mais realistas.

- Comportamentais

Observar e experimentar;

Modificar os sintomas comportamentais;

Eliciar (produzir uma determinada mudança no organismo) uma resposta automática por meio de estímulos, das cognições associadas a comportamentos específicos.

É necessário que o/a terapeuta tenha conhecimento da teoria e das técnicas que são usadas e, principalmente, que crie uma relação terapêutica satisfatória para que os objetivos sejam alcançados. Nessa relação, não se pode exagerar nos métodos nem se perder em persuasão ou esquecer a empatia. As tarefas são grandes facilitadoras das pequenas mudanças que resultarão em outras maiores e em diferentes áreas da vida, pois as pessoas aprendem melhor fazendo. O terapeuta dá instruções técnicas ao indivíduo e o guia no processo terapêutico explorando e desenvolvendo novas formas deste lidar consigo mesmo e com o mundo (BANACO, 2001, p. 7-8).

2. A Terapia Racional Emotiva Comportamental (TREC)

2.1. Características, princípios e conceitos teóricos básicos

A primeira proposta de terapia cognitiva desenvolvida foi a Terapia Racional-Emotiva Comportamental por Albert Ellis em 1955. Essa propôs uma nova forma de atuação terapêutica a partir de experiências com casais e distúrbios sexuais. A TREC é objetiva na modificação de padrões de comportamento desadaptado. Ellis acreditava que a *psique* é resultado de um processo de aprendizagem e as cognições são regras que os indivíduos absorvem de suas próprias experiências (BANACO, 2001, p. 15-16).

A TREC pressupõe que os problemas do ser humano estão fundamentados em crenças (cognitiva, motora ou emocional) irracionais que o leva a um estado de desadaptação de seu ambiente. Estas crenças são uma regra para a ação do indivíduo e este modelo de terapia age de forma ativa e direta a fim de direcioná-lo durante a identificação de seus conceitos um meio educacional de atuação. É fundamental a empatia e a aceitação incondicional do cliente por parte do terapeuta (BANACO, 2001, p. 16).

2.2. O “A-B-C” da TREC

A Terapia Racional-Emotiva-Comportamental enfatiza a reestruturação e compreensão cognitiva de acordo com o modelo “A-B-C” da perturbação emocional. O “A” seria o evento ativador, “B”, a crença (do inglês – *belief*) pessoal sobre o evento ativador, ou seja, a própria interpretação e “C” as consequências demonstradas pelos sentimentos e comportamentos. Segundo Rangé, esta teoria teve grande influência das ideias de Paul Tillich e Martin Heidegger no que diz respeito à concordância de que o ser humano está no centro do próprio universo e tem o poder de escolha, porém, limitado com relação a seu domínio emocional (RANGÉ, 2001, p. 34-35).

- *A – Eventos Ativadores*

O processo ativador “A” é caracterizado por algum evento externo real, ao qual o indivíduo foi exposto e uma cadeia de pensamentos específicos sobre tal acontecimento foi ativada com base em sentimentos ou comportamentos.

- *B – Pensamentos, crenças e ideias*

O *belief* (crenças) são cadeias de pensamentos e autoverbalizações ativados por “A”. Esta estrutura cognitiva acontece de formas variadas e podem ser crenças (regras para a ação) racionais ou irracionais (BANACO, 2001, p. 16). Segundo Ellis, o ser humano tem uma tendência a pensamentos irracionais como:

1. As pessoas importantes na vida do indivíduo devem sempre estimá-lo e aprová-lo.
2. Para uma pessoa ser digna de valor, ela precisa ser totalmente competente e realizada em todos os aspectos possíveis.
3. Pessoas más e perigosas devem ser censuradas e punidas.
4. As coisas devem acontecer exatamente da maneira que o indivíduo deseja, caso contrário, é uma catástrofe.
5. Ninguém tem capacidade de controle sobre os próprios sofrimentos, preocupações e infortúnios e a infelicidade é causada por estas questões externas.
6. Uma pessoa deve ficar extremamente preocupada e pensando numa situação perigosa e apavorante que seja possível lhe acontecer.
7. Em certas situações de dificuldade e responsabilidade na vida é mais fácil e melhor evitá-las do que enfrentá-las.
8. Toda pessoa precisa depender de outra mais forte do que ela para se apoiar e confiar.
9. O comportamento atual de um indivíduo está preso ao seu passado e, uma vez tendo afetado seriamente a sua vida, isto o influenciará em todo o tempo.

10. Uma pessoa deve ficar extremamente preocupada e transtornada com os problemas alheios.
11. Quando não se encontra a solução exata (sempre existe uma solução correta, precisa e perfeita) para cada problema da vida, é uma catástrofe (RANGÉ, 2001, p. 39-40).

A irracionalidade acontece devido a pessoa não ter uma tendência natural de confirmar empiricamente as suas percepções, ideias e crenças. Estas onze crenças irracionais, citadas anteriormente, foram avaliadas por Ellis a partir de um rol de mais de 40 crenças irracionais prováveis (BANACO, 2001, p. 16-17).

• *C – Consequências a partir dos eventos “A” e “B”*

Quando “C” consiste em distúrbios afetivo-emocionais como ansiedade, depressão entre outros, geralmente, “B” é o causador, pois, é a interpretação de “A”, por exemplo:

Um operário, ao sair do seu emprego, é avisado para comparecer ao departamento pessoal no dia seguinte pela manhã (A – evento ativador). Imediatamente, ele pensa: “será que vou ser demitido? O que vou fazer? Devo tentar evitar a demissão?” (B – pensamento pessoal ou interpretação sobre o evento ativador); e sente muita ansiedade (C – consequência demonstrada pelo sentimento pessoal e comportamento). Imediatamente, o empregado se despede e vai para casa, onde não consegue dormir, ficando irritado e agressivo (BANACO, 2001, p. 18).

Com base nas crenças irracionais, este caso corresponde ao número 6 e 11. O pensamento do operário não indica a realidade. Ele pode ter sido escolhido para participar de um processo seletivo na diretoria da empresa, porém, devido o seu estado de ansiedade e medo, este sentimento poderá contribuir para o seu fracasso no processo.

As distorções cognitivas revelam interpretações inadequadas da realidade, tais como:

- Busca de explicações racionalizadas sobre o próprio fracasso;
- Conclusões precipitadas sobre os acontecimentos/eventos;
- Crenças na riqueza como realização de todos os desejos, objetivos e metas bem como o consumismo;
- Visão negativista dos eventos;
- Desqualificação dos pontos positivos do acontecimento, caso este seja contrário às próprias expectativas ou minimização dos eventos contrários;
- Pensamentos de “tudo ou nada”, redução e supergeneralização;
- Ressonância emocional;
- Perfeccionismo (BANACO, 2001, p. 18).

2.3. *Técnicas, procedimentos e avaliações*

2.3.1. Pensamentos automáticos (PA's)

Os pensamentos automáticos proporcionam um meio para a descoberta de crenças básicas de um indivíduo. Um pré-requisito para que aconteça a modificação de crenças distorcidas de um parceiro sobre si mesmo e um sobre o outro é o desenvolvimento da capacidade de identificar seus PA's. Uma maneira de melhorar esta habilidade de identificação é a pessoa manter um caderno de anotações à mão a fim de descrever circunstâncias que a deixa estressada e PA's que lhe vêm à mente nestes momentos (DATILIO, 2011, p. 79-80, 141).

2.3.2. Reestruturação cognitiva

A mudança ou reestruturação cognitiva é colocada como um dos fatores mais importantes para a melhora emocional. O primeiro passo no processo de reestruturação cognitiva é auxiliar o indivíduo a identificar o sentimento relacionado a um sofrimento significativo dentro de um contexto específico. O pensamento a ser identificado e modificado deve estar ligado diretamente à emoção desagradável intensa experimentada num momento específico. O indivíduo recebe uma série de perguntas que o ajuda a questionar suas ideias disfuncionais. Ele também deve buscar respostas mais racionais e explicações alternativas para situações específicas bem como refletir sobre as vantagens e desvantagens de uma determinada ideia (PEÇANHA, 2005, p. 36-41).

3. A TCC e a resolução de problemas

3.1. *Avaliação*

O primeiro passo neste processo é ajudar o indivíduo a definir os problemas que está passando, identificando as dificuldades, tanto práticas quanto cognitivas e como superá-las. Este é um exercício de cooperação paciente e terapeuta. As estratégias de solução precisam ser verificadas a fim de assegurar que o indivíduo seja capaz de desenvolver o que foi estabelecido em comum acordo. É preciso começar por questões menores que envolvam práticas e, posteriormente, problemas mais globais, temáticos e emocionais (BACK, 1997, p. 131-134; HAWTON et al., 1997, p. 511-515).

3.2. *Atribuição de tarefas*

Depois de uma orientação geral da resolução de problemas, é preciso decidir detalhadamente as tarefas, estabelecendo metas para cada objetivo.

Estas devem ser realistas, práticas e bem planejadas, especificando o que, quando, com quem, com que frequência cada passo será feito. A ideia é, também, estimular o indivíduo a imaginar exatamente o que precisa ser feito e o que poderia acontecer, identificando quaisquer dificuldades possíveis e como lidar com o problema. Após o êxito das tarefas é importante perguntar ao indivíduo quais os benefícios resultantes das tarefas (HAWTON et al., 1997, p. 590-592).

3.3. Prevenção de recaídas

A recaída é um acontecimento previsível, principalmente se o indivíduo sofre de transtorno crônico de ansiedade e humor, como a depressão, pois estes transtornos podem aparecer e reaparecer ao longo do tempo com diferentes intensidades. A pessoa precisa se preparar para lidar com a recaída, se assim acontecer e, sem ajuda de terapia, não reagir de forma negativa e reestruturar suas cognições (BACK, 2007, p. 274 ;RANGÉ, 2001, p. 59).

A terapia não tem o objetivo de resolver todos os problemas do indivíduo, mas, ensiná-lo algumas habilidades que o capacite ser o seu “próprio terapeuta”. No contexto conjugal, a TCC visa antecipar e corrigir possíveis deslizos e/ou lapsos na interação do casal que possam levar a conflitos (PEÇANHA, 2005, p. 86-87).

4. Teoria cognitivo-comportamental com casais e famílias

A TCC também é muito eficaz no contexto conjugal e familiar tendo como objetivo desenvolver comportamentos positivos e afetuosos, bem como, habilidades na comunicação e na resolução de problemas, reestruturar padrões de pensamentos que possam contribuir no relacionamento do casal e da família. Além disso, avaliar as atribuições (crenças das causas e razões) que as pessoas fazem em relação ao próprio comportamento e a interpretação e o impacto disto para si próprio e para o/a parceiro/a ou familiar (BARBOSA; PIOVESAN; BARLETTA, 2010, p. 154).

4.1. Áreas conjugais problemáticas

A atenção deve ser direcionada, neste momento, para os problemas que o casal apresenta. Isso pode ser introduzido com as seguintes perguntas: O que fez com que vocês procurassem ajuda? Ambos acreditam que isto seja um problema? Há quanto tempo o casal percebeu tal problema? É importante que cada cônjuge fale sem interrupções (HAWTON et al., 1997, p. 486).

4.2. *Encontros individuais*

Segundo Hawton et al. (1997, p. 489), o objetivo dos encontros individuais é entender melhor os cônjuges como indivíduos e estabelecer um relacionamento de confiança entre terapeuta e cliente. Também é uma oportunidade para fazer perguntas que poderiam ser ameaçadoras se forem feitas em conjunto.

Estes encontros com cada parceiro proporcionam a oportunidade de maior interação na ausência do outro, pois, quando este/a está presente, pode haver uma relutância em revelar como realmente se sente. Da mesma forma, detalhes do relacionamento, como casos extraconjugais, fracassos, envolvimento em problemas que podem gerar um conflito maior na relação do casal pode ser revelado. O foco também está em identificar como cada indivíduo vê e interpreta os problemas no relacionamento (DATILIO; PADESKY, 1995, p. 31).

4.3. *Encontros conjuntos*

A entrevista inicial é conjunta e o objetivo principal é obter informações sobre o histórico do casal e da família de cada um, fatores ambientais e discordâncias, características de ambos, por exemplo, como e onde se conheceram, em quais circunstâncias; se vivem juntos e já viveram outros relacionamentos longos; em caso de terem filhos, quantos e idade; problemas conjugais e familiares que têm enfrentado atualmente (PEÇANHA, 2005, p. 68-69). Alguns casais costumam reter informações que poderiam ser cruciais no desenvolvimento da terapia e na compreensão dos problemas, no entanto, frequentemente, estas aparecem em outros momentos. O/A terapeuta, a fim de extrair mais algum dado importante, também pode perguntar se há alguma outra informação que poderia ajudar a dinâmica ou, então, utilizar dos formulários (DATILIO; PADESKY, 1995, p. 26-30).

4.4. *Treinamento para comunicar melhor*

Melhorar a habilidade de comunicação do indivíduo, a fim de expressarem os seus pensamentos e emoções, bem como ouvir um ao outro de maneira efetiva é uma das formas de intervenção que tem feito os relacionamentos funcionarem de modo mais saudável. Juntamente com as queixas/críticas, desprezo e a defensividade, a incomunicabilidade tem sido um dos principais pontos que levam um relacionamento ao fim. A queixa consiste na expressão de desacordo ou raiva sobre questões específicas; o desprezo trata de zombaria, insulto, sarcasmo do outro, indicando desdém, humilhação, julgamento; a forma defensiva é a proteção na perspectiva de ataque. Pode ser

a negação ou responsabilização por algum problema; e a incomunicabilidade é quando o ouvinte não faz nenhuma menção ou manifestação em relação ao falante (DATTILIO, 2011, p. 145-150).

Dattilio e Padesky (1995, p. 66-67) concordam que a boa comunicação não significa, necessariamente, concordância, mas envolve aprender a falar e ouvir, expressando entendimento mútuo. Isto não deve ser uma luta pelo poder nem um combate. É importante que se tenha um feedback do casal quanto ao exercício, identificando o que gostou e as dificuldades.

4.5. Identificando e reestruturando problemas cognitivos

Segundo Peçanha, a finalidade principal da terapia cognitiva é promover a reestruturação das cognições disfuncionais. Esta mudança acontece a partir da capacidade de cada indivíduo identificar seus próprios pensamentos automáticos. Assim, cada cônjuge ou membro da família aprende a compreender como seu comportamento se associa com a sua maneira de pensar e sua reação emocional e como isto contribui para um desajuste conjugal ou familiar (PEÇANHA, 2005, p. 78-80).

Posteriormente, a identificação de cognições distorcidas busca explicações alternativas racionais para o ocorrido no relacionamento e a reavaliação dos estilos de pensamentos. Nesta etapa, o questionamento socrático é importante, pois as questões vão além do objetivo da obtenção de dados e detalhes de um fato. Abreu e Guilhardi (2004, p. 318-321) concordam que as questões, quando bem elaboradas, encorajam a pessoa a analisar, sintetizar, avaliar diferentes fontes de informação sobre o ocorrido, além de desenvolver habilidades para a solução de problemas. É importante que tenha um equilíbrio entre questionamentos e outras formas de intervenção e estratégias educativas.

5. Outras técnicas cognitivas e comportamentais que podem auxiliar no processo terapêutico

5.1. Técnicas de condicionamento clássico

Para que uma intervenção cognitivo-comportamental tenha uma proposta eficaz é necessário avaliar o comportamento-alvo e os pontos fundamentais do ambiente em que esses comportamentos têm maior probabilidade de ocorrerem, bem como os estímulos antecedentes e consequentes do comportamento, isso inclui dimensões e funções topográficas, história de reforçamento e a sua ocorrência (RANGÉ, 2001, p. 113).

5.1.1. Relaxamento

Esta técnica auxilia na inibição da ansiedade. Neste processo o psicológico e fisiológico são partes importantes nas respostas somáticas e autonômicas e consiste em: exercícios de respiração; treino em relaxamento; relaxamento muscular progressivo.

Estas técnicas são padrões de baixas taxas de respiração diafragmáticas, inspirações-expirações profundas e amplas. Também, consiste no tencionamento e relaxamento de diferentes músculos do corpo como, mãos, braços, cabeça (testa, olho, queixo) pescoço, ombros, nádegas, abdome, pernas, pés, a fim de obter bem-estar. É importante que o paciente também exerça a técnica em casa, no dia-a-dia, como continuação do processo terapêutico. Cada contração acontece por cinco segundos e relaxamento entre dez e quinze segundos, repetindo-se em sequência. O/A paciente deve controlar o aumento de ansiedade ao relaxar-se (CAMINHA et al., 2003, p. 53-54).

5.1.2. Dissensibilização sistemática e ao vivo

Esta técnica visa inibir ou eliminar o comportamento de medo, ensinando a pessoa a dar uma resposta contrária a ansiedade. Isto pode acontecer por meio de exposição progressiva (por imaginação ou ao vivo) às situações ansiógenas ou estímulos geradores de medo (CAMINHA et al., 2003, p. 54).

Segundo Rangé (2001, p. 120), a hierarquia das situações temidas, o estado de relaxamento e bem-estar e a clareza na construção e descrição das imagens são importantes para a eficácia da dissensibilização.

5.2. *Técnicas cognitivas*

5.2.1. Flecha ou seta descendente

Segundo Abreu e Guilhardi (2004, p. 320-323), as crenças centrais ou as ideias profundamente rígidas que pessoas têm sobre si mesmo, formadas desde a infância, a partir do histórico familiar ou individual (p. ex., “sou inútil”, “sou infeliz”, “sou competente”) podem ser percebidas por meio de perguntas sobre a interpretação do que o/a paciente relata de determinadas situações. A partir daí, é possível identificar a cadeia de pensamentos automáticos até chegar à crença central e compreender a lógica e a sequência do raciocínio do indivíduo, por exemplo:

Após a identificação dos pensamentos automáticos o/a paciente é questionado sobre o que isso significa para ele/ela, supondo que tal pensamento seja verdadeiro (RANGÉ, 2001, p. 338).

5.2.2. Questionamento da evidência

O questionamento, a partir das declarações do/da paciente o/a ajuda a tentar comprovar a realidade e obter uma perspectiva mais realista dos eventos. Pode-se, por exemplo, perguntá-lo/la, “– O que você faria se tivesse que comprovar esse pensamento?”, “– Existe alguma forma alternativa de perceber/interpretar essa situação?” ou “– O que há de ruim nessa situação?” (CAMINHA et al., 2003, p. 55-56).

5.2.3. Substituição das imagens

De acordo com Caminha et al. (2003, p. 56) o poder da imagem é muito forte e muitas pessoas experimentam e se alimentam de sonhos e imagens negativas, contudo, podem ser levadas a enfrentar cenas bem-sucedidas. A imagística deve se relacionar com a proposição verbal, ou seja, elaborar verbalmente as imagens, a fim de criar novos sentidos para cenas armazenadas na memória.

5.2.4. Ensaio cognitivo

Esta técnica consiste na imaginação de uma tarefa em sequência sucessiva (passos) do início ao fim. É um sistema pré-programado para a execução de uma atividade. A dificuldade de concentração pode atrapalhar a formulação e a execução de certas atividades habituais e automáticas, como se direcionar para pegar alguma coisa e, na hora de executar, esquecer o que foi fazer. Isto pode ser devido a rumações obsessivas e não, necessariamente, uma amnésia. Outro alvo desta técnica é identificar os obstáculos potenciais, seja cognitivo, comportamental ou ambiental, que poderiam impedir finalização da tarefa e desenvolver soluções. Alguns pacientes se sentem melhor devido a conclusão da atividade imaginada (BECK, 1997, p. 98-99).

5.3. *Técnicas comportamentais*

5.3.1. Role-play (dramatização)

Rangé (2001, p. 282) concorda que esta técnica é aplicada a partir do momento em que o indivíduo entende racionalmente que a sua crença é disfuncional, porém sente que é verdadeira. Esta consiste em uma encenação entre terapeuta e cliente, na qual, ambos dialogam e representam, cada um a seu tempo, os papéis racional e emocional. Depois os papéis são invertidos, então, o/a paciente verbaliza os argumentos racionais modelados anteriormente pelo/pela terapeuta e avalia o grau em que o indivíduo ainda acredita na crença disfuncional.

Muitas pessoas sabem o que dizer ou fazer, porém, têm dificuldades de colocar em prática esse conhecimento devido as suposições/crenças disfuncionais (CAMINHA et al., 2003, p. 58).

5.3.2. Distração

Segundo Beck, Rush, Shaw e Emery (1997, p. 124), a distração é usada a fim de reduzir as formas de afeto doloroso. Esta é uma prática para a habilidade de enfrentamento da tristeza e pode ser por meio de uma caminhada, leitura, conversação ou observação do ambiente. O indivíduo pode ser levado a focar em um objeto e descrevê-lo com detalhes. Isto fará a sua percepção sensorial aumentar e as sensações corporais se intensificam. Quanto mais se utiliza das modalidades sensoriais, menores serão as ruminações e maior será o alívio.

5.3.3. Inversão do hábito

Neste, o primeiro passo é levar o indivíduo a perceber cada ocorrência do próprio hábito e dar uma resposta de forma física que seja incompatível com tal movimento e que o interrompa, não fazendo mais parte dos seus movimentos “normais”. Posteriormente, a pessoa deve identificar o ambiente, grupos ou situações que desencadeiam os comportamentos disfuncionais e pratique ou dê respostas inconciliáveis a fim de modificá-los (CAMINHA et al., 2003, p. 58-59).

Considerações finais

Esta pesquisa não se esgota em técnicas e informações sobre a terapia cognitivo-comportamental, pois é muito ampla e tem se desenvolvido bastante com suas ramificações. Sendo assim, o texto indicou algumas ferramentas desta abordagem terapêutica, a fim de ajudar no desenvolvimento e apontar estratégias terapêuticas. Contudo as técnicas e avaliações abordadas não são as únicas ou melhores, pois cada profissional tem o seu estilo específico, bem como suas técnicas, que também têm resultados positivos.

O processo terapêutico ainda tem sido um desafio para terapeutas e profissionais de outras áreas. Outro importante ponto a ser observado é o diálogo entre as diferentes ciências, com o intuito de buscar respostas ou soluções para os diversos problemas e conflitos dos seres humanos. Além de desenvolver estratégias a fim de o indivíduo aprender a lidar com os conflitos da vida de maneira efetiva, gerando mudanças e crescimento que estes julguem satisfatória.

Esta pesquisa demonstra que podem ser pesquisadas ou desenvolvidas outras técnicas ou avaliações de diferentes abordagens, tanto da psicologia

como de outras áreas do conhecimento, a fim de contribuir na tarefa do cuidado com o próximo.

A ação pastoral, por meio do aconselhamento com casais, necessita de um amparo contínuo diante da busca da dignidade humana nos relacionamentos interpessoais e nas famílias. O aconselhamento pastoral com casais nos convida a revermos nossos conceitos sobre casamento, afetividade e a saúde nos relacionamentos. Esse olhar pode ter a contribuição de técnicas como a TCC para ampliar os horizontes dos sentidos de amar e se relacionar na vida conjugal.

Referências Bibliográficas

ABREU, Cristiano Nabuco de; GUILHARDI, Hélio José (Orgs). *Terapia comportamental e cognitivo-comportamental: práticas clínicas*. São Paulo: Roca, 2004. 482 p.

ANDRETTA, Ilana; OLIVEIRA, Margareth da Silva (Orgs). *Manual prático de terapia cognitivo-comportamental*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012. 607 p.

BAHLS, Saint Clair; NAVOLAR, Adriana Bassetti Borda. “Terapia cognitivo-comportamentais: conceitos e pressupostos teóricos”. In: *PsicoUTPonline (revista eletrônica de psicologia)*, Curitiba, vol. 26, n. 4, 2004. Disponível em: < <http://www.utp.br/psico.utp.online> >. Acesso em: 18/05/2013.

BANACO, Roberto Alves (Org). *Sobre Comportamento e Cognição - vol. 1: Aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista*. São Paulo: Editores Associados ESETEc. 2001. 536 p.

BARBOSA, Livia de Melo; PIOVESAN, Angélica; BARLETTA, Janaína Bianca. “Terapia de casais na perspectiva cognitivo-comportamental”. In: *Cadernos de graduação – Ciências Biológicas e da Saúde*, vol. 11, n. 11, p. 149-165 (2010).

BECK, Judith. S. *Terapia cognitiva: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed, 1997. 348 p.

BORBA, Angélica Gurjão. *Disciplina online de terapia cognitivo-comportamental (TCC): Expansão das fronteiras da formação em TCC através da educação online*. 292 f. Monografia (Mestrado em Psicologia) - Curso de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

CAMINHA, Renato M.; WAINER, Ricardo; OLIVEIRA, Margareth; PICCOLOTO, Neri M. (Orgs). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: teoria e prática*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. 259 p.

CLINEBELL, Howard J. *Aconselhamento Pastoral: modelo centrado em libertação e crescimento*. 5. ed. São Paulo: EST/Sinodal, 2011. 427 p.

CRAIG, James D. Preventing Dual Relationships in Pastoral Counseling. *Counseling and Values*, vol. 36, Issue 1, p. 49-54 (2011). DOI: 10.1002/j.2161-007X.1991.tb00778.x.

DATTILIO, Frank M. *Manual de terapia cognitivo-comportamental para casais e famílias*. Porto Alegre: Artmed, 2011. 304 p.

DATTILIO, Frank M.; PADESKY Christine A. *Terapia Cognitiva Para Casais*. Porto Alegre: Artmed, 1995. 146 p.

- HAWTON, Keith et al. Tradução de Alvarado Lamparelli. *Terapia cognitivo-comportamental para problemas psiquiátricos: um guia prático*. São Paulo: Martins Fontes, 1997. 613 p.
- LEAHY, Robert L; TIRCH, Dennis; NAPOLITANO Lisa A. *Regulação emocional em psicoterapia: um guia para o terapeuta cognitivo-comportamental*. Tradução de Ivo Haun de Oliveira. Porto Alegre: Artmed, 2013. 331 p.
- MALDONADO, Jorge Ernesto. *Casamento e família: uma abordagem bíblica e teológica*. Viçosa: Ultimato, 2003. 192 p.
- MOREIRA, Márcio Borges; MEDEIROS, Carlos Augusto. *Princípios básicos de análise do comportamento*. Porto Alegre: Artmed, 2007. 224 p.
- PEÇANHA, Raphael Fischer. *Desenvolvimento de um protocolo piloto de tratamento cognitivo-comportamental para casais*. 146 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Curso de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.
- _____. *Técnicas cognitivas e comportamentais na terapia de casal: uma intervenção baseada em evidências*. 332 f. Dissertação (Doutorado em Psicologia) - Curso de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: < raphaelfischer.com.br/Tese-Modificada.pdf >. Acesso em: 20/08/2014.
- PEÇANHA, Raphael Fischer; RANGÉ, Bernard Pimentel. “Terapia cognitivo-comportamental com casais: uma revisão”. In: *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, vol. 4, n. 1. 11 p. (2008). Disponível em: < http://www.utp.br/ >. Acesso em: 10/08/2013.
- RANGÉ, Bernard Pimentel. “Homenagem a Albert Ellis”. In: *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, vol. 3, n. 3 (2007). Disponível em: < http://www.rbtc.org.br >. Acesso em: 10/10/2013.
- RANGÉ, Bernard. *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed, 2001. 567 p.
- RANGÉ, Bernard (Org.). *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva de transtornos psiquiátricos*. Campinas: Psy, 1995. 300 p.
- SCHULTZ, Duane P; SCHULTZ, Sydney Ellen. *História da psicologia moderna: tradução da oitava edição norte-americana*. 9. ed. Tradução de Suely Sonoe Murai Cuccio. São Paulo: Thomson, 2005. 512 p.
- WEAVER, Andrew J.; KOENIG, Harold G.; LARSON, David. B. “Marriage and family therapists and the clergy: a need for clinical collaboration, training and research”. In: *Journal of Marital and Family Therapy*, vol. 23, n. 1, p. 13-25 (2007). DOI: 10.1111/j.1752-0606.1997.tb00228.x

Referências consultadas

- BISHOP, F. Michler. “Rational emotive behavior therapy: the basics”. In: *Smart Recovery National Training Conference*, November 12, 2004, Phoenix, AZ. p. 1-33. Disponível em: < http://www.smartrecovery.org/resources/library/For_Family_Volunteers_Professionals/basics-of-rebt.pdf >. Acesso em: 20/12/2013.
- ELLIS, Albert.; DRYDEN Windy. *The practice of rational emotive behavior therapy*. 2nd edition. Springer Publishing Company, USA, 2007. 280 p.

- FROGGATT, Wayne. *A brief introduction to cognitive-behaviour therapy*. CBT New Zealand, Nova Zelândia, fev. 2006. 12 p. Disponível em: < <http://www.rational.org.nz/prof-docs/Intro-REBT.pdf> >. Acesso em: 30/01/2014.
- FROGGATT, Wayne. *A brief introduction to rational emotive behaviour therapy*. CBT New Zealand, Nova Zelândia, ed. 3, fev. 2005. 15 p. Disponível em: < <http://www.rational.org.nz/prof-docs/Intro-REBT.pdf> >. Acesso em: 30/03/2013.
- KAPLAN, Chaplain Steven J. *Pastoral psychotherapy: An introduction to the clinical practice*. USA: Xlibris, 2012. 169 p.
- LIPP, Marilda Emmanuel Novaes (Org.). *Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas*. 3. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. 227 p.
- SAKENFELDE, Kathar Doob et al. Caldas. *The new interpreter's dictionary of the bible*. Nashville/USA: Abingdon Press, 2007. 6 v.
- STERNBERG, Robert J. *Psicologia cognitiva*. Tradução de Maria Regina Borges Osório. Porto Alegre-RS: Artmed, 2000. 496 p.
- SANAVIO E. (Ed). *Behavior and cognitive therapy today*. British: Elsevier Science, 1998. 339 p.
- TAVARES, Lorine. *Abordagem cognitivo-comportamental no atendimento de pacientes com história de depressão e déficit em habilidades sociais*. 236 f. Relatório de estágio na área de psicologia clínica – Departamento de Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

Artigo recebido: 12/06/2015

Artigo aceito: 05/05/2015