

Entrevista com Bernard Rangé, professor do programa de pós-graduação em psicologia da UFRJ

- Qual a origem da Terapia cognitivo-comportamental?

A TCC começa com Watson, em 1913, quando ele publica um trabalho, um artigo em que ele afirmava que a Psicologia deveria deixar de lado aqueles estudos dos conteúdos da consciência da Psicologia do Mundo, e substituir isso por uma Psicologia mais objetiva, calcada no método experimental da observação, da experimentação, assim como acontece nas outras ciências naturais. Ele se baseou na Teoria Evolutiva de Darwin e tinha como o objetivo prever e ter controle sobre os comportamentos que as pessoas apresentam. Muito desse trabalho não foi a frente porque Watson saiu da vida acadêmica rapidamente, mas outros pesquisadores foram surgindo e fortalecendo essa abordagem: Houass, Paulmann, Kistchner.... Mas quem se destacou mais num segundo momento, num terceiro momento na verdade, foi Skinner. Ele desenvolveu uma outra visão da Psicologia do comportamento, do behaviorismo, entendendo que o behaviorismo era uma filosofia da ciência, e não a própria ciência do comportamento.

A ciência do comportamento, então, se basearia fundamentalmente nos conhecimentos desenvolvidos por Pablo, com fundamento clássico e por Skinner com o condicionamento operante. E além desse conhecimento do comportamento operante, Skinner entendia que tudo era comportamento, alguns explícitos, diretamente observáveis, abertos como chamamos, e outros comportamentos encobertos. E esses comportamentos encobertos envolviam pensamentos, falas, linguagens, essas coisas. E funcionavam tal qual os outros comportamentos, seguindo os mesmos princípios, as mesmas leis.

Durante um período essa visão foi dominante, mas, nos anos 60, começou a haver o que ficou conhecido como a revolução cognitiva em Psicologia, acredito que muito em função do reconhecimento do trabalho do Piaget, do Begowski, do Lulier, que acabou influenciando também a própria abordagem comportamental. Bandura também teve uma contribuição importante porque demonstrou que desempenho e aprendizagem são coisas diferentes. Muito em função dos estudos que ele fez com crianças que observavam modelos. E a partir daí começou a ser possível aceitar também a influência de variáveis cognitivas. Já estava começando a haver também a contribuição de outros autores como Olga Neles e mais recentemente, Aaron Beck, que eram dois psicanalistas que estavam começando a conceber a importância dos processos cognitivos como pontos de influência nos nossos estados de humor e, conseqüentemente, nos comportamentos que apresentamos.

Falando mais do Beck - porque hoje em dia ele tem mais reconhecimento - ele entendia que o papel mais importante era do processamento cognitivo que as pessoas apresentavam. Quando começou a lidar com pacientes com depressão, ele demonstrou como o funcionamento desses pacientes com depressão era marcado fundamentalmente por uma visão pessimista que tinham de si mesmos. Era uma visão pessimista do mundo do qual faziam parte, em que eles acreditavam que o mundo não conseguiria satisfazer as suas necessidades, que eram incapazes, fracassados ou incompetentes ou doentes. E com isso eles tinham uma visão negativa de si, do mundo e acreditavam que o futuro era sem esperanças. E isso acabava fazendo com que as pessoas viessem a ter reações suicidas, ou até comportamentos suicidas. Este tipo de contribuição foi submetido a uma verificação. Um Instituto Nacional de Saúde Mental dos EUA fez uma pesquisa muito ambiciosa comparando dois tipos de intervenção psicoterápica, terapia cognitiva e terapia interpessoal com tratamento farmacológico, para ver a efetividade de cada uma dessas intervenções. Então ficou constatado que para depressões brandas e moderadas não havia diferença entre a psicoterapia e o tratamento farmacológico, mas nas depressões mais graves o tratamento farmacológico fazia uma diferença. A partir daí começou a ficar cada vez mais aceito isso. Na parte comportamental, já havia evidências muito claras da

efetividade deste tratamento para TOC e outras fobias específicas. Depois começou a crescer e a ser aplicado em outras formas de ansiedade, transtorno de pânico, ansiedade, estresse pós-traumático, agorafobia. E hoje em dia é tratamento para esquizofrenia, transtorno bipolar, vários quadros.

- Como a TCC funciona?

Partimos do pressuposto que os seres humanos são resultados de aprendizagens. Nós aprendemos comportamentos, como falar português, ou dirigir automóveis, ou nadar, ou jogar tênis. Nós aprendemos comportamentos. Nós aprendemos também sentimentos, aprendemos a gostar de certas pessoas, a não gostar de certas comidas, de certos filmes, e aprendemos a ter medo de certas coisas e assim sucessivamente. Nós aprendemos pensamentos também. Aprendemos a pensar de certas maneiras e a acreditar em certas coisas como sendo verdadeiras. Então nós aprendemos comportamentos, sentimentos, pensamentos ou crenças. A terapia cognitiva entende que não são os acontecimentos que diretamente determinam os nossos sentimentos numa visão comportamental mais antiga. Ela entende também, ao contrário de uma visão psicanalítica não que os nossos sentimentos dependem de um processamento inconsciente, mas que os nossos sentimentos dependem de como a gente avalia os acontecimentos. Se a gente avalia uma situação como sendo de perigo, a gente vai sentir medo e aí vai apresentar os comportamentos correspondentes. Se a gente avalia uma situação como sendo de perda, a gente vai sentir tristeza e vai apresentar o comportamento de chorar. E assim sucessivamente.

Só que o entendimento e muito desses sentimentos podem decorrer de processamentos distorcidos que fazemos dessas avaliações. Portanto, o que cabe é ajudar as pessoas a fazerem uma avaliação mais objetiva, mais realista daquilo, sem a influencia dessas distorções. Então, a terapia vai se caracterizar muito por um questionamento das interpretações que as pessoas trazem e algo de algum treino de habilidades para que as pessoas consigam manejar melhor os seus estados de ansiedade, por exemplo, fazer “suturação” cognitiva no caso de pacientes com depressão ou aprender habilidades sociais no caso de pacientes com dificuldades na interação social e assim por adiante. Então a Terapia vai sobreviver como sendo oportunidade de novas aprendizagens, na medida em que a gente entende que isto aborrece a vida comportamentos, sentimentos e pensamentos.

- Vocês estabelecem então um diagnóstico para o tratamento. A partir do diagnóstico se trabalha com um conceito de cura ou de transformação?

Hoje não se fala mais com cura realmente, e sim em prejuízo, melhor ou pior. Quando se fala em transtorno obsessivo compulsivo, por exemplo, não se pode pensar em curar uma pessoa que tem TOC, porque teoricamente curar uma pessoa com TOC seria fazer com que a pessoa deixasse de ser higiênica, e isso não faz sentido. Ou deixasse de ter preocupações com verificação de documentos, portas ou coisas assim. E isso não faz sentido também. A idéia de cura não faz sentido exatamente. O que faz sentido é você conseguir ajudar os pacientes a melhorar aquela sintomatologia que os fez buscar tratamento. Melhorar a sintomatologia seria conseguir fazer com que pessoas deixassem de ter ataque de pânico, ou deixassem de vomitar, no caso de pacientes bulímicas, ou deixassem de ter depressão, no caso de pacientes com depressão, e assim sucessivamente.

- A TCC trabalha com terapia de grupo? O método é muito diferente?

Trabalhamos com terapia de grupo. O método não é diferente porque não é terapia de grupo, mas terapia em grupo. Então são vários indivíduos que tem o mesmo tipo de problema e juntos a gente ajuda a mudar a maneira como eles estão funcionando relativo a aquele problema.

- O que você acha que é um comportamento ético do terapeuta cognitivo-comportamental?

Comportamento ético diz respeito ao cliente e àquilo que ele traz. Você tem que aceitar as queixas que ele está trazendo como sendo uma questão significativa, fazê-lo ver que você está interessado em ajudá-lo a melhorar. Vai precisar mostrar muita compreensão empática para que ele se sinta compreendido, à vontade e disposto a compartilhar as coisas com o terapeuta. Basicamente é isso.

- O que singulariza a terapia cognitivo-comportamental em relação às outras?

O reconhecimento da importância dos processos cognitivos como influências nos sentimentos e comportamentos que nós apresentamos. Não apenas isso, mas a influência mútua, recíproca, dos sentimentos em relação aos pensamentos e vice-versa e do efeito disso sobre os comportamentos e também dos comportamentos em relação a isso. Essa equação básica me parece central na terapia cognitivo-comportamental, junto com a idéia de que nós somos resultados de aprendizagens e a terapia é uma oportunidade de novas aprendizagens.

E o que reúne todas as terapias? O que há de comum?

É este esforço de tentar entender os aspectos humanos do funcionamento das perturbações de cada indivíduo e encontrar meios, cada um à sua maneira, de tratar de solucionar esses problemas.