

# No reino de Pã: abordagem cognitivo-comportamental do caso José

ANTÓNIO BRANCO VASCO\*

## 1. PREÂMBULO

Antes de iniciar as sugestões relativas ao caso clínico em questão, penso ser pertinente fazer algumas considerações preambulares sobre a psicoterapia e os processos e critérios de tomada de decisão clínica que, tanto quanto possível, norteiam essas mesmas sugestões.

Entendo que a actividade psicoterapêutica é uma actividade que se pretende *eminentemente artística*, baseada num conhecimento que se pretende *eminentemente científico*. Por paradoxal que pareça, só o conhecimento resultante da investigação em psicoterapia (investigação respeitante ao «resultado» e principalmente ao processo terapêutico) proporciona ao terapeuta os graus de liberdade necessários a uma execução artística (etimologicamente talentosa, hábil) do trabalho clínico.

Tal como a liberdade do artista plástico aumenta à medida que aumenta o conhecimento que este tem relativamente aos seus processos criativos, às características do material que utiliza e às características psicológicas dos sujeitos que observam as suas obras (pense-se na liberdade conquistada em função do conhecimento das leis da perspectiva

ou, em alternativa, nas consequências previsíveis de tentar trabalhar a tela com escopro e martelo!..), também a liberdade do terapeuta aumenta à medida que aumenta o seu conhecimento sobre si próprio, sobre a eficácia diferencial das técnicas que utiliza, e principalmente, o conhecimento relativo ao porquê e sob que condições é que as técnicas são mais eficazes.

Só mediante a compreensão de como e porque é que algo é eficaz, ou seja, mediante o conhecimento da oportunidade e dos processos psicológicos relevantes a activar no cliente, pode o terapeuta *improvisar* artisticamente intervenções adequadas ao contexto em causa e libertar-se dos contrangimentos do tecnicismo estéril (Goldfried e Safran, 1986).

Paralelamente ao tipo de conhecimento atrás mencionado e em articulação com ele, parece-me essencial, em termos de enriquecimento mútuo das vertentes de investigação e prática terapêuticas, *o conhecimento dos processos e a explicitação dos critérios de tomada de decisão clínica*.

Mais do que investir no desenvolvimento de novos modelos e/ou técnicas psicoterapêuticas [em 1959 era já possível identificar 36 sistemas distintos de psicoterapia (Harper), em 1976 este número subia para 130 (Parloff), em 1980 disparava para 250 (Herink), em 1986 atingia a bonita quantia de 460 (Goleman) e em 1989 perdia-se-lhe a conta, em Itália foram identificados mais de 500! (Freni

\* Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa

Associação Portuguesa de Terapias Comportamental e Cognitiva.

et al.), à conservadora razão de 5 técnicas por modelo obtemos o simpático total de 2500 técnicas psicoterapêuticas... (Vasco, 1988)] repito, mais do que investir no desenvolvimento de novos modelos e/ou técnicas terapêuticas, parece-me essencial privilegiar o conhecimento dos processos e a explicitação dos critérios de tomada de decisão clínica. Este conhecimento e explicitação são essenciais, por três ordens de factores.

1. Só é possível *criticar* (elemento essencial de toda a ciência moderna) e transmitir (elemento essencial de todo o ensino moderno ou tradicional) aquilo que é explícito.

2. Os psicoterapeutas, contrariamente ao que alguns pretendem fazer crer, e devido às capacidades limitadas de processamento da informação, são, tal como o cidadão comum, vítimas de *erros inferenciais* que enviesam as hipóteses que formulam e as conclusões a que chegam (explícita ou implicitamente) relativamente à forma de conduzir o processo terapêutico (Turk e Salovey, 1988; Vasco, 1987). Por exemplo, Paul Meehl (1960) concluiu que a representação que o terapeuta constrói do cliente entre a segunda e quarta sessões se mantém praticamente inalterada ao fim de 24 sessões, numa ilustração do que se designa por «*tendências confirmatórias*». Ou seja, o terapeuta depois da categorização inicial tende sistematicamente a procurar dados que a confirmem.

3. Só esta explicitação permite *articular* o trabalho terapêutico com o conhecimento dos processos de mudança no que diz respeito à oportunidade e adequabilidade das diferentes estratégias e tácticas terapêuticas, abrindo caminho à realização da máxima de Paul, em 1967 — «que tipo de intervenção, administrada por que tipo de terapeuta, a que tipo de cliente e perturbação, em que contexto e com que tipo de resultado» — ou responder à questão recentemente colocada por Greenberg e Safran (1989) no respeitante à utilização das emoções em psicoterapia: «É necessário delinear claramente os diferentes métodos, especificar o tipo de problemas a que devem dirigir-se e explicitar os processos de mudança implicados nos diferentes acontecimentos associados à mudança emocional» (p. 22).

Todas estas questões nos conduzem ao problema da avaliação em psicoterapia...

## 2. AVALIAÇÃO

A colocação da fase de avaliação em primeiro lugar na sequência de abordagem do caso é arbitrária, dado entender que os processos avaliativos devem ser continuados ao longo de todo o processo de intervenção, articulando-se com este, e mesmo posteriormente, na catamnese. Nas palavras de Meichenbaum, «a avaliação e a mudança são interdependentes» (1977, p. 259). Além do mais é essencial não esquecer que a avaliação só tem sentido no contexto de uma relação interpessoal significativa entre terapeuta e cliente.

A importância dos processos avaliativos parece-me particularmente evidente no respeitante a quatro pontos:

1. Como metodologia constitutiva da informação que vai estar na base dos processos iniciais de *tomada de decisão clínica*;

2. Como metodologia de aferição da *evolução do processo terapêutico*, permitindo reciclar as decisões clínicas;

3. Como metodologia que permite, através das entrevistas clínicas, dos exercícios de introspecção e das auto-observações do cliente, *individualizar* a intervenção em função das suas idiosincrasias;

4. Como metodologia que permite *comparar* a entrada e a saída no processo terapêutico.

Escusado será dizer que vejo como desnecessária e mesmo como perniciosa para o desenrolar do processo (excepto em situações de investigação) toda e qualquer avaliação que não tenha como objectivo um dos quatro pontos acima mencionados.

Apesar do caso do José poder ser inequivocamente classificado como um caso de «*perturbação de pânico com agorafobia*» no Eixo I do DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987), este tipo de diagnóstico, tal como todos os diagnósticos baseados no DSM-III-R, parecem-me ter uma utilidade relativa no que diz respeito aos critérios de tomada de decisão clínica face a clientes individuais.

A investigação mostra não só que as dimensões descritivas associadas a este tipo de diagnóstico têm muito pouca relação com a selecção da modalidade e frequência das intervenções psicossociais (Beutler, 1989), mas também que as características da medicação e outras sugestões clínicas se encon-

tram muito mais associadas ao contexto da terapia, à experiência do terapeuta e ao valor cultural atribuído às diferentes intervenções, do que ao diagnóstico do cliente (Gillis e Moran, 1981).

As avaliações que considero mais pertinentes, porque directamente articuláveis com a tomada de decisão clínica que utilizaria com este cliente, podem ser genericamente divididas em três níveis de análise:

1. *Análise funcional.* Inclui descrição do/s problema/s actual/is. Análise de uma instância recente do problema relativa aos vectores seguintes: *situação, antecedentes e consequências; reacções proprioceptivas; cognições; emoções; e comportamentos.* Análise das situações e actividades que são evitadas. Análise das circunstâncias que *agravam ou desagravam* a queixa. Análise das tentativas já feitas para *lidar com o problema.* Análise do *início e desenvolvimento da queixa.* Análise do *perfil de modalidades privilegiadas pelo cliente em termos de BASIC ID* (Lazarus, 1981). Sintetizando, como é experienciado e «em que consiste o problema do cliente?» (Ivey e Gonçalves, 1988).

2. *Análise estrutural.* Inclui análise do *nível de desenvolvimento* do cliente, tanto em termos genéricos como em termos da forma como este se relaciona com o problema (Ivey, 1986). Inclui análise de *pensamentos «automáticos» e «irracionais»* (Beck e Ellis). Análise das *atribuições causais* do cliente relativamente à queixa (Guidano e Liotti, 1983). Análise do *estádio de mudança* do cliente (Prochaska, 1984). Análise de *preferências de papel* do cliente (Richert, 1983). Análise de *expectativas* do cliente relativamente ao processo terapêutico. Sintetizando, «quais os constructos que o cliente utiliza na construção que faz do mundo» (Ivey e Gonçalves, 1988), de si próprio e do processo terapêutico?

3. *Análise contextual.* Inclui variáveis *inter-pessoais:* características demográficas, história pessoal e social; estilo de «coping», etc. Inclui factores do *meio:* suportes sociais; papéis profissionais, etc. Inclui, ainda, análise das *atitudes e comportamentos dos outros significativos* face à perturbação e ao cliente, de uma forma geral. Sintetizando, trata-se essencialmente de uma actividade de «hermenêutica ontológica» (Woolfolk *et al.*, 1988), destinada a compreender as características do meio do cliente e a forma como estas se articulam com o

significado contextualmente construído da perturbação em causa (Ivey e Gonçalves, 1988).

A maioria da informação respeitante aos três níveis referidos pode ser obtida nas entrevistas clínicas e a partir dos «trabalhos-de-casa» do cliente. No entanto, penso ser particularmente útil recorrer ao «*Questionário Multimodal de História de Vida*» de Arnold Lazarus (1981) e a um instrumento de avaliação genérica tal como a «*Symptom Check List — 90*».

Incidentalmente, note-se que os três níveis de avaliação referidos, mais o nível subjacente à filosofia do DSM-III, são equivalentes às quatro «*Hipóteses do Mundo*», de Pepper (1942). Assim sendo, cada um dos níveis postula tipos diferentes de causalidade: *material ou formal*, na hipótese «formista» inerente ao DSM-III; *mecânica*, na hipótese «mecanicista» inerente ao nível de análise funcional; *teleológica ou teleonómica*, na hipótese «organicista» inerente ao nível estrutural; e *circular*, na hipótese «contextualista» inerente ao nível contextual.

É por acreditar na multideterminação dos fenómenos, no caso presente dos fenómenos clínicos, que entendo essencial a avaliação relativa aos diversos níveis mencionados.

### 3. CONCEPTUALIZAÇÃO

Da informação disponível relativamente ao José e às suas circunstâncias pode concluir-se, como já referi, que se trata de um caso de «perturbação de pânico com agorafobia».

Em termos de *factores etiológicos predisponentes*, não é difícil encontrar na história pessoal do José elementos que, face a circunstâncias adversas, levariam ao despoletar de uma perturbação ansiosa. Aliás, muitos destes elementos são encontrados na quase totalidade das perturbações ansiosas (Guidano e Liotti, 1983).

O seu contexto familiar de origem é caracterizado por uma atitude *superprotectora*; é filho e neto único; «a mãe do José foi sempre bastante superprotectora e preocupada com tudo o que diz respeito ao filho»; «o pai acompanhava o filho em todas as actividades, resolvendo todos os seus assuntos e problemas»; «o comportamento dos avós é... de grande preocupação...».

As preocupações com a saúde são particularmente manifestas, inicialmente relativas à saúde do seu pai que se «automedicava frequentemente» e posteriormente, como é compreensível, relativamente ao próprio José depois de lhe ter sido detectada uma «leucemia linfoblástica aguda»: «a preocupação dos pais redobrou, com uma constante verificação da condição física e dos padrões comportamentais do José».

Também me parecem importantes referir, como elementos constitutivos do núcleo predisponente do José, outros componentes de *modelagem*, presentes no seu meio próximo, nomeadamente a «grande ansiedade» manifestada pela mãe e a «inconstância e instabilidade emocional» do pai.

Dadas as características da história pessoal do José e dos «padrões de vinculação» inerentes a essa mesma história, parece-me possível inferir que a teoria tácita que o José construiu relativamente a si próprio e ao mundo foi a de «um self físico e psicológico altamente frágil e vulnerável que se movimenta num mundo altamente perigoso e ameaçador», numa situação de conflito entre «necessidade de liberdade» e «necessidade de protecção» (Guidano e Liotti, 1988).

Constata-se ainda que o José se encontra, a nível de desenvolvimento, a meio de uma «crise normativa de vida», designada por fase de «transição para jovem adulto» (dos 17 aos 22 anos) (Levinson *et al.*, 1978). Esta fase é caracterizada por mudanças importantes nas relações significativas dos indivíduos, que se traduzem não só por sentimentos de perda e receio ou insegurança face ao futuro (Levinson *et al.*, 1978), mas também pela necessidade de desafiar asserções tais como: «heide sempre pertencer aos meus pais»; «se me torno mais independente, vai ser um desastre»; «os meus pais são as únicas pessoas que podem garantir a minha segurança», etc. (Gould, 1978).

Assim, tanto em termos de factores predisponentes distantes (a história de vida do José) como em termos de factores predisponentes actuais (a transição para jovem adulto) estão criadas as condições para que, face a situações de forte *stress*, se despoletar a perturbação.

Como é reconhecido na literatura (Beck *et al.*, 1985), os sintomas de pânico e de agorafobia tendem a surgir só depois dos vinte anos. O equilíbrio precário é mantido enquanto os «acontecimentos de vida» não excedem os recursos do indivíduo.

No caso do José é possível constatar, imediatamente antes do primeiro ataque de pânico, um acumular de acontecimentos de vida que excederam os seus recursos, desequilibrando a sua organização precária e despoletando a perturbação.

Como *factores etiológicos desencadeantes* temos: «a entrada na universidade»; «a morte do pai e conseqüentemente o assumir de novas responsabilidades e a necessidade de tomar decisões importantes»; e próximo do primeiro ataque de pânico — uma «deslocação ao estrangeiro».

É num contexto de tensão acentuada, associada a novas exigências, que o José tem o primeiro ataque de pânico. Ao experienciar os primeiros sintomas de ansiedade, «sentir-se muito tenso», «o coração a bater forte e rapidamente», «falta de ar», «visão embaciada», etc., os indivíduos com componentes predisponentes, tais como os que referi anteriormente, não são capazes de associar os níveis de tensão que experienciam com o acumular das exigências exteriores. Entendem os sintomas como a expressão de uma ameaça interna face à qual não se tem qualquer possibilidade de controlo (Beck *et al.*, 1985). Dada uma auto-representação de vulnerabilidade e de susceptibilidade à doença, como é o caso do José, as explicações que surgem são em termos de processos patológicos que podem fazer perigar a vida (Guidano e Liotti, 1983).

As sensações físicas intensas são catastroficamente interpretadas como sinal de doença ou morte iminente, levando a verbalizações do género: «vou ter um ataque cardíaco»; «os meus pulmões vão rebentar»; «vou ter uma congestão», etc., que só contribuem para aumentar a ansiedade e para o focar-se ainda mais nas sensações físicas, gerando um «ciclo vicioso» ansiogénico (Beck, 1988; Clark, 1989). Nas palavras de Beck (1988):

«1. Os indivíduos com predisposição para o pânico são particularmente sensíveis às sensações internas... que não parecem normais.

2. Tendem a ser hipervigilantes relativamente à experiência destas sensações e a focar nelas a atenção, porque sinal de desastre biológico iminente.

3. A fixação da atenção nas sensações de pânico é involuntária, aumentando a sensação subjectiva de perigo iminente, o que leva a uma ainda maior activação do sistema nervoso autónomo.

4. Gera-se um ciclo vicioso em função da inter-

acção entre as interpretações catastróficas das sensações e a conseqüente intensificação dos sintomas de ansiedade.

5. Verifica-se a perda da capacidade de avaliar os sintomas realisticamente, o que leva à sua cimentação.»

Chegado a este ponto é natural que tenha surgido o segundo componente da perturbação do José, a *agorafobia*, como resposta ao receio antecipado que, no tipo de situações e circunstâncias relatadas, «estar sózinho», «espaços fechados», «grandes multidões», etc., se venham a repetir os ataques de pânico.

Aliás, o José parece apresentar as características que, na literatura, permitem diferenciar os sujeitos com ataques de pânico sem conseqüente evitamento de situações, daqueles que manifestam um acentuado e evidente evitamento: «exagero relativo à probabilidade subjectiva do pânico se verificar»; «ruminações catastróficas sobre as conseqüências perigosas do pânico»; e «pouca confiança nos

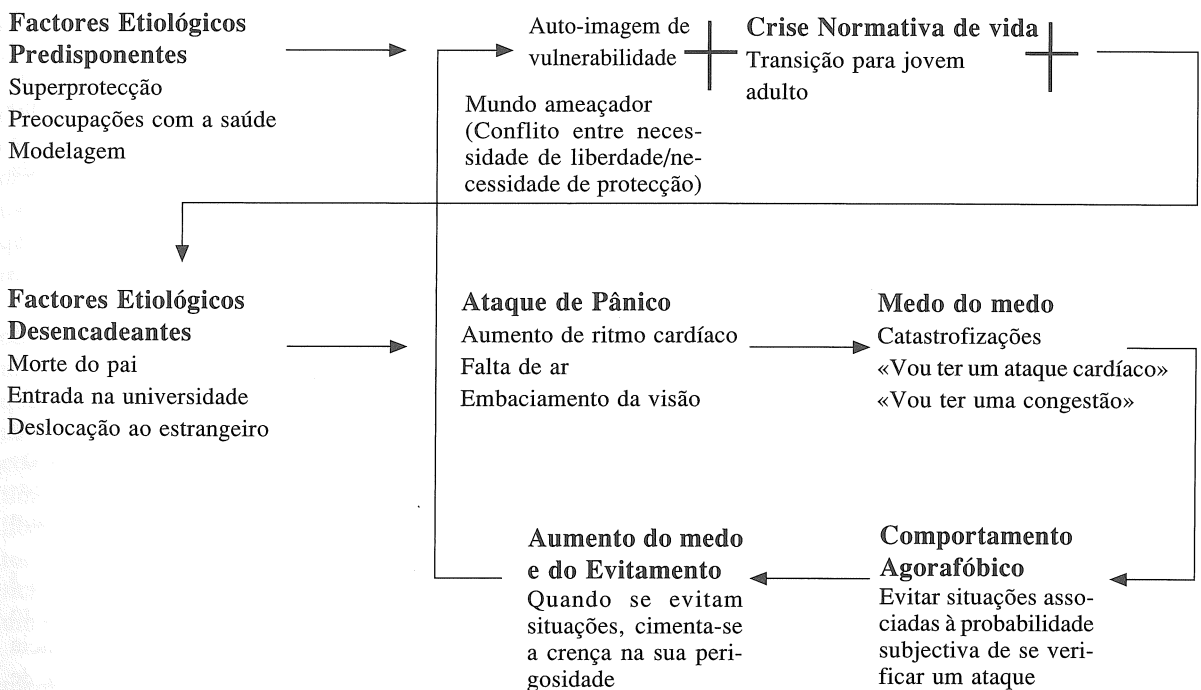
recursos próprios para lidar com o pânico», no que se pode designar como uma situação de *medo do medo* (Adler *et al.*, 1989; Telch *et al.*, 1989).

A conceptualização etiológica proposta pode ser esquematizada no diagrama seguinte (Figura 1.):

#### 4. RELAÇÃO TERAPÊUTICA

Apesar do esteriótipo corrente de que os terapeutas comportamentais e cognitivos prestam pouca atenção aos factores relacionais do processo terapêutico, existem dados de investigação que os apontam como mais flexíveis e apoiantes do que terapeutas gestálticos e psicanalíticos (Brunink e Schroeder, 1979), como mais calorosos e empáticos do que terapeutas psicanalíticos (Sloane *et al.*, 1975) e com qualidades interpessoais pelo menos tão acentuadas como os terapeutas de outras orientações (O’Leary e Wilson, 1987).

FIGURA 1  
O Ciclo de pânico/agorafobia  
(Baseado em Jasin, 1983)



Ainda que estes resultados nos levem a concluir que o componente relacional tem estado desde sempre presente na prática da terapia cognitivo-comportamental, possivelmente de uma forma mais implícita do que explícita, não deixa de ser verdade que só recentemente é que a relação começou a ser explicitamente tratada pelos terapeutas cognitivo-comportamentais (Arnkoﬀ, 1983; Beck *et al.*, 1979; Dryden, 1985, 1990; Goldfried e Davison, 1976; Mahoney e Gabriel, 1987; Thompson, 1989). À necessidade desta explicitação não me parece estranho o facto da terapia comportamental se ter tornado cada vez mais cognitiva (Beck, Ellis, Mahoney, Meichenbaum, Goldfried) e da terapia cognitiva se ter tornado cada vez mais emocional (Greenberg e Safran, 1984, 1987; Greenberg *et al.*, 1989; Guidano e Liotti, 1983; Ivey, 1986; Mahoney, no prelo) e com preocupações interpessoais (Safran, 1984).

Em termos genéricos, entendo que o terapeuta se deve movimentar entre dois pólos relacionais: *colaborativo/educacional*, papel tradicional dos terapeutas cognitivos (Arnkoﬀ, 1983; Beck *et al.*, 1979); e *companheiro de viagem*, papel privilegiado pelos terapeutas experienciais (Greenberg *et al.*, 1989). Assim, é o cliente quem essencialmente determina os conteúdos a trabalhar e decide quando se alcançou o destino pretendido (vai esboçando o seu mapa do mundo, o local onde se encontra e o sítio onde deseja chegar), enquanto que o terapeuta funciona como agente sensível às dificuldades de progressão do cliente, auxiliando-o no seu reconhecimento, incentivando-o na sua exploração e na escolha da melhor forma de as ultrapassar (onde estão os possíveis obstáculos, quais as formas de os obviar e quais as alternativas em termos de meios de transporte). Ainda que o terapeuta seja um especialista em psicoterapia, não nos podemos esquecer que o cliente é, sem a mínima dúvida, o melhor especialista de si próprio.

Existe um verdadeiro elemento de descoberta neste processo: nem terapeuta nem cliente sabem de antemão onde a exploração os levará (Greenberg *et al.*, 1989). No fim do processo o cliente não será meramente aquilo que era menos os sintomas, esperançadamente será uma pessoa diferente, mais flexível, mais responsável e com maior grau de liberdade.

Em termos mais específicos, penso que o conceito de *aliança terapêutica* proposto por Bordin (1979) fornece elementos importantes relativamente

ao estabelecimento e progressão da relação terapêutica. Aliás, a «aliança terapêutica» favorável é o elemento do processo terapêutico que a investigação tem mais consistentemente mostrado estar relacionado com resultados terapêuticos positivos, independentemente da orientação teórica do terapeuta (Alexander e Luborsky, 1986; Horvath e Greenberg, 1986).

Segundo Bordin (1979), a *aliança terapêutica* é constituída por três elementos: 1. o *laço terapêutico* ou seja, a química relacional ou a cumplicidade terapêutica; 2. o acordo entre cliente e terapeuta relativamente a *objectivos*; e 3. o acordo relativamente às *tarefas terapêuticas* a utilizar para alcançar esses objectivos.

1. O *laço terapêutico*, ou cumplicidade relacional, refere-se essencialmente às categorias rogerianas básicas da relação, nomeadamente os componentes de «empatia», «aceitação», «apoio» e capacidade de proporcionar um «espaço de segurança», essenciais para que o terapeuta consiga penetrar no «espaço fenomenológico/existencial» do cliente. No entanto, considero estas categorias necessárias, mas insuficientes para a progressão terapêutica. Não só penso que elas devem ser integradas num estilo de laço terapêutico que se articule com as características e problema do cliente particular, ou seja, que «*respeite a identidade pessoal do cliente durante o tempo que for possível, sem confirmar as suas asserções patogénicas essenciais*» (Guidano e Liotti, p. 121, 1983), como também que este estilo pode necessitar de alterações (o que se verifica na maioria dos casos) à medida que as necessidades e asserções do cliente se modificam no evoluir do processo terapêutico (por exemplo, de mais para menos directivo) (Arnkoﬀ, 1983; Dryden, 1985, 1990).

Outro componente do laço terapêutico consiste na necessidade de acordo entre terapeuta e cliente não só relativamente à definição do problema como também relativamente às «atribuições causais» feitas sobre os determinantes desse mesmo problema (Dryden, 1985, 1990; Guidano e Liotti, 1983). Sintetizando, é necessário que terapeuta e cliente aprendam a utilizar a mesma «gramática existencial».

2. Relativamente aos *objectivos terapêuticos* é também essencial que se verifique acordo explícito entre terapeuta e cliente. De particular importância aqui é o «estabelecimento de uma hierarquia de

objectivos» determinada por trabalho conjunto de terapeuta e cliente, bem como uma particular atenção dada a «objectivos que estejam em conflito» e a «objectivos escondidos».

O menosprezar de qualquer um destes elementos relativos aos objectivos pode levar ao surgimento de «fenómenos de resistência» (Golden, 1983; Dryden, 1985, 1990; Wachtel, 1982).

3. Por último, relativamente às *tarefas terapêuticas* é essencial que ambos os intervenientes estejam cientes dos papéis diferenciais que cabem a cada um, bem como um claro entendimento por parte do terapeuta de que as técnicas terapêuticas são formas de «comunicação ritualizada», que só ganham poder na medida em que exista sintonia entre as representações partilhadas por terapeuta e cliente relativamente ao «universo terapêutico» e, conseqüentemente, entendimento por parte deste da sua utilidade como veículos que permitem alcançar os objectivos terapêuticos (Mahoney, 1982, 1985, no prelo).

Resumindo, a *aliança terapêutica* positiva é aquela que se estabelece quando cliente e terapeuta partilham a mesma «gramática existencial» e o mesmo «universo terapêutico», materializados num laço relacional susceptível de mudança, marcado por aceitação, apoio e empatia, contexto no qual existe uma percepção partilhada dos objectivos terapêuticos e onde as tarefas propostas são entendidas como relevantes para os alcançar.

Várias investigações mostram a importância dos aspectos relacionais nos casos de agorafobia (Emmelkamp e Van Der Hout, 1983; Meyer e Gelder, 1963; Rabavilas *et al.*, 1979), sendo a insatisfação relacional apontada como uma das variáveis que contribui para o fracasso da intervenção (Emmelkamp e Van Der Hout, 1983).

No caso particular do José, e para além das considerações genéricas acima feitas, penso ser indicado privilegiar inicialmente um tipo de relação que seja experienciada como segura, proporcionando-lhe simultaneamente uma larga margem de controlo, com o objectivo de respeitar a sua identidade pessoal (o conflito entre as necessidades de liberdade e de protecção). Isto significa evitar aspectos relacionais, interpretações ou técnicas terapêuticas prematuras que possam ser entendidas como um ataque às necessidades de controlo do cliente.

Esta atitude pode ser expressa através de uma mensagem tipo: «Podemos iniciar com técnicas tera-

pêuticas directas que lhe proporcionem maior controlo sobre os seus problemas (muitas pessoas ficam satisfeitas com estes resultados), tentando posteriormente compreender as causas da sua perturbação (o que não é imprescindível). Pode optar por este tipo de compreensão mais aprofundada ou decidir abandonar o processo quando se sentir suficientemente bem. A escolha é sua!» (Guidano e Liotti, 1983).

Nos casos particularmente graves, como é o caso do José, é igualmente importante devotar o tempo necessário a «escutar o cliente» relativamente à descrição e experienciar das suas queixas, como forma não só de recolher dados úteis, mas também de fomentar o laço terapêutico, adiando a anamnese para mais tarde (Foa e Steketee, 1987).

De igual importância é, na linha do respeito pela «organização cognitiva» do cliente, evitar a exposição *ao vivo* prematura às situações ansiogénicas. Só depois do estabelecimento do laço terapêutico positivo se deve passar à exposição. Esta deve processar-se num contexto que seja de respeito e compreensão, mas simultaneamente de encorajamento explícito e de desafio, atitude que se tem mostrado mais eficaz nas exposições *ao vivo* em situação de agorafobia do que as atitudes permissivas e tolerantes (Rabavilas *et al.*, 1979).

Resumindo, depois de uma atitude inicial de respeito pelas necessidades de «protecção e controlo» do cliente, deixando-lhe ampla margem de liberdade e escolha, é conveniente adoptar uma atitude de respeito, mas simultaneamente de encorajamento e desafio, por altura da fase de exposição *ao vivo*, voltando, numa fase mais avançada da intervenção, para uma atitude de respeito pela autonomia de um cliente que se espera mais flexível, mais livre dos constrangimentos pessoais e do meio, sem sintomas e capaz da sua «autogestão psicológica» numa perspectiva de crescimento pessoal (Baptista e Vasco, 1988; Vasco *et al.*, 1986).

## 5. INTERVENÇÃO

O objectivo primordial nas situações clínicas semelhantes à do José é a de mostrar ao cliente que o tipo de liberdade de que mais necessita é a liberdade relativa aos seus próprios medos (Ellis, 1985; Guidano e Liotti, 1983). Assim, privilegiaria como ponto de entrada, utilizando um estilo que respei-

tasse a «preferência de papel» (Richert, 1983) do José e tomando em consideração o «estádio de mudança» em que se encontra, que parece ser o de «contemplação» (Prochaska, 1984), uma intervenção tendente a alargar a consciência que ele tem relativamente a si próprio e à sua perturbação. Esta intervenção passaria inicialmente pela apresentação de um racional relativo à natureza da resposta de pânico e da ansiedade (Beck, 1988; Clark, 1989; Jasin, 1983; Shear *et al.*, 1987; Telch *et al.*, 1989).

### 1. Componente do Racional.

Em termos de informação relativa à ansiedade e de «socialização antecipatória» relativamente ao processo terapêutico, forneceria ao cliente o folheto «Como lidar com a ansiedade» (Beck *et al.*, 1985). Esta leitura parece-me particularmente útil no sentido não só de desdramatizar a situação, mas também como forma de elicitar as reacções do cliente a um racional cognitivo da perturbação.

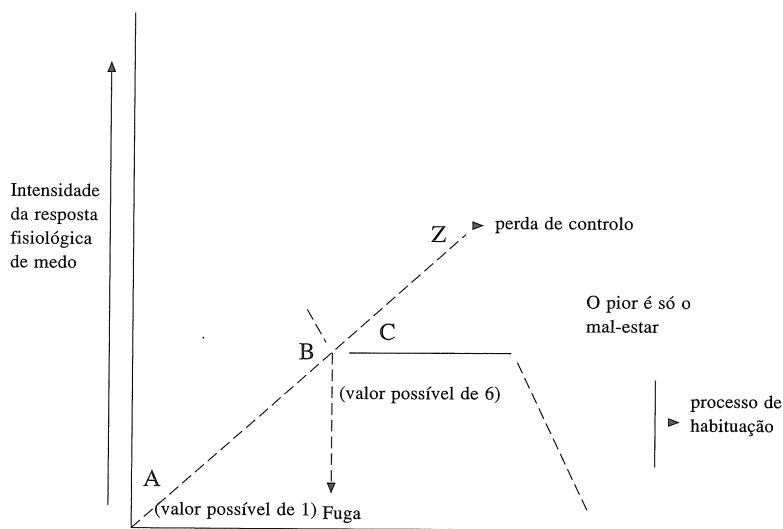
Como complemento ao folheto é importante contemplar os seguintes pontos: (a) conotar positivamente a experiência de pânico, mostrando que esta faz parte do repertório normal de respostas humanas, tendo grande valor adaptativo em situações de ameaça real (Nesse, 1987); (b) a perturbação de pânico consiste numa deficiência do mecanismo

regulador da resposta de pânico, fazendo que as pessoas o experienciem em situações não-ameaçadoras, desenvolvendo deste modo, medo da experiência em si; (c) a intensidade e duração do pânico aumentam devido às interpretações que se fazem das sensações físicas de ansiedade e em função das reacções cognitivas e comportamentais que se lhe seguem. Estas reacções, incluindo os «pensamentos catastróficos» e os esforços para evitar o pânico são susceptíveis de controlo voluntário; e (d) que, apesar do pânico ser habitualmente experienciado de uma forma global, os seus diferentes elementos podem ser identificados e analisados individualmente, o que normalmente leva a uma diminuição da intensidade, duração e frequência dos ataques (Shear *et al.*, 1987).

Esta informação deve ser adaptada ao cliente individual, recheando-a de conteúdos extraídos da sua experiência e acentuando a ideia de que as mudanças autonómicas que se verificam nas situações de pânico, por mais desconfortáveis que sejam, não são perigosas (e.g., o aumento do ritmo cardíaco).

Aqui, os objectivos essenciais são os de corrigir crenças erróneas relativamente à natureza da ansiedade (i.e, os sintomas não significam a existência de uma patologia física subjacente), de desdramatizar o problema (i.e., não está a ficar louco nem vai morrer) e de familiarizar o cliente com o modelo cognitivo/comportamental, no sentido de o preparar para a reestruturação cognitiva das interpreta-

FIGURA 2  
Ataque de pânico: habituação versus fuga  
(Baseado em Jasin, 1983)





ções que precedem os ataques (Beck, 1988; Clark, 1989).

Ainda em termos de racional e de socialização antecipatória relativamente à futura exposição *ao vivo* para lidar com a componente agorafóbica da perturbação, recorreria ao esquema representado na Figura 2, acompanhado da respectiva explicação (Jasin, 1983).

No sentido de alargar a consciência do cliente relativamente à perturbação e respeitando o seu nível de desenvolvimento, que parece ser pré-operacional («sensório-motor») (Ivey, 1986; Ivey e Gonçalves, 1988), ou seja, indiferenciado das suas respostas proprioceptivas e emocionais «ele é os seus sentimentos e as suas acções», manifestando padrões explicativos e de pensamento de carácter sensorial e mágico (por exemplo, «as experiências do meu corpo indiciam que vou morrer com um ataque cardíaco»), parece ser indicado recorrer a intervenções que se podem designar por «reestruturação do meio», através das quais se tenta pôr o cliente mais directamente em contacto com as suas sensações e emoções no «aqui e agora». Dadas estas considerações, recorreria a exercícios de *focagem* e *ligar à terra* (*focusing* e *grounding*) (Fodor, 1987; Greenberget *et al.*, 1989; Jasin, 1983).

## 2. Componente de *Focagem* e «*Ligar à Terra*».

Aqui, o objectivo essencial é o de conseguir que o cliente se exponha, familiarize, habitue e «trate por tu» as sensações que teme (aumento do ritmo cardíaco, etc.).

Recriando uma situação de pânico recente, recorrendo à modalidade mais acentuada no cliente, verbal, imagética ou comportamental (Lazarus, 1981), pretende-se que o cliente fique tanto tempo quanto possível «dentro do seu corpo», focando-se nas sensações desagradáveis e descrevendo-as ao terapeuta. Sempre que o cliente faça considerações futuristas e catastróficas (por exemplo, «vou desmaiar», «vou ter um ataque cardíaco») é solicitado para voltar a focar a atenção nas sensações que experienciam aqui e agora.

Com o objectivo de neutralizar o mal-estar provocado pela focagem, recorrer ao uso do «ligar à terra» que consiste no focar a atenção em estímulos

não ansiogénicos tanto no exterior como no interior do corpo, verbalizando-os. Por exemplo, descrever detalhadamente o local onde se encontra, descrever as sensações provocadas pelo contacto do corpo com o vestuário, com o sofá, etc. A *focagem* e o *ligar à terra* são supostos alternar.

Como complemento à *focagem* e caso a hiperventilação seja um componente importante do pânico do cliente, como parece ser o caso do José, pode ser conveniente introduzir exercícios de *treino de respiração profunda* (Clark, 1989).

As sessões de focagem para além de terem uma função terapêutica importante, servem, conjuntamente com os dados obtidos na avaliação inicial e nos trabalhos-de-casa de automonitorização, para despistar as *autoverbalizações, interpretações, imagens e pensamentos automáticos* a trabalhar.

## 3. Componente de *Reestruturação Cognitiva de Estruturas de Superfície*.

Aqui, o objectivo essencial é o de disputar e substituir os pensamentos e verbalizações catastróficas do cliente.

Pode começar-se por pedir ao cliente que repita em voz alta algumas das suas verbalizações catastróficas, com o objectivo de constatar o efeito que estas têm na forma como se sente, ensaindo, de seguida, verbalizações mais adaptativas tipo: «Fica com a sensação, não a combatas!»; «o pior que pode acontecer é só o mal-estar»; «relaxa, isto vai passar!»; etc.

Seguidamente pode passar-se a um processo de disputa racional dos pensamentos automáticos, utilizando como base as distorções mais frequentes neste tipo de casos: (a) o exagero da probabilidade de se verificar o que se receia; (b) o exagero da severidade do que se receia; (c) o menosprezar do que pode ser feito caso o que se receia se verifique (aquilo que o próprio e os outros podem fazer) (Beck *et al.*, 1985; Clark, 1986).

Esta disputa pode ser feita recorrendo a diálogos Socráticos, partindo das seguintes questões: «Que provas tenho para corroborar este pensamento?»; «existe outra forma de olhar para a situação?»; «como é que outra pessoa pensaria relativamente a isto?»; «e se acontecer, será tão mau como isso?»; etc. (Beck *et al.*, 1985; Clark, 1989).

Como complemento ao trabalho cognitivo referido e caso o cliente seja ousado e/ou tenha bom sentido de humor utilizar a «intenção paradoxal» que substitui a catastrofização por um distanciamento acentuado num contexto de agradável humor (Frankl, 1985). Nesta técnica é pedido ao cliente que faça com que o sintoma mais assustador se agrave, não recorrendo à catastrofização, mas sim focando-se nele e falando-lhe: «Vá lá coração, bate com mais força e sai-me do peito. Desafio-te!» (Jasin, 1983).

Quando o cliente dominar suficientemente bem a *focagem* e as técnicas cognitivas descritas está pronto a passar à fase de exposição ao vivo.

#### 4. Componente de *Exposição ao Vivo*.

Aqui, o objectivo é o de expor o cliente não só às sensações que teme, como já se tinha verificado no componente de *focagem*, mas essencialmente o de lidar com o componente agorafóbico mediante a exposição do cliente às situações específicas que evita e associa às sensações de mal-estar.

Entendo conveniente o estabelecimento de uma «hierarquia de ansiedade», acordada entre terapeuta e cliente, com cerca de dez itens que cubram numa escala de zero a cem as situações ansiogénicas (Butler, 1989).

Após um treino prévio, em sessão, de exposição imaginada aos primeiros itens da hierarquia (os menos ansiogénicos), recorrendo à metodologia de *focagem* e aos outros componentes de intervenção cognitiva referidos, passa-se à exposição *ao vivo* face às situações contempladas nesses mesmos itens.

Esta exposição deve seguir a linha de *mestria orientada* baseada no conceito de «auto-eficácia» (Bandura, 1988), que proporciona melhores resultados terapêuticos do que a mera duração do tempo de exposição (Williams e Zane, 1989).

Nesta linha, o terapeuta ao acompanhar o cliente durante os exercícios de exposição, não se limita a encorajá-lo a nela permanecer durante o tempo previamente estabelecido, ficando fora da situação com o objectivo de não contribuir para a diminuição do carácter ameaçador dos estímulos. Outrossim, assume um papel tão activo como aquele que tinha no gabinete durante a exposição por imaginação, encorajando o cliente e dando-lhe sugestões como

o fazia nos exercícios de *focagem*, afastando-se gradualmente à medida que aquele vai adquirindo maior eficácia (Williams e Zane, 1989). Este papel activo do terapeuta parece-me particularmente importante nas situações de agorafobia com ataques de pânico, como é o caso do José.

Ainda que a exposição *ao vivo* seja unanimemente reconhecida pelos terapeutas cognitivos como essencial na intervenção em casos de agorafobia (Beck *et al.*, 1985; Ellis, 1979; Guidano e Liotti, 1983) (o próprio Freud reconheceu que os analistas deviam trabalhar a transferência no sentido de levar os clientes a enfrentarem os seus medos na vida real) (Marks, 1969), considero que ela é uma condição necessária, mas insuficiente (Ellis, 1979; Guidano e Liotti, 1983; Michelson *et al.*, 1985).

Tal como os exercícios de *focagem* serviam simultaneamente uma função terapêutica e uma função de despiste de conteúdos de superfície a serem trabalhados cognitivamente, também a exposição serve o propósito de despistar elementos tendentes à *reestruturação cognitivo-emocional de estruturas tácitas de profundidade* (Arnkoff, 1980; Guidano e Liotti, 1983; Mahoney, 1985, no prelo).

#### 5. Componente de *Reestruturação de Estruturas Profundas*.

Aqui, o principal objectivo é o de reestruturar as estruturas subjacentes à teoria tácita que o cliente tem sobre si próprio e sobre o mundo e que referencie na parte de conceptualização: «Um *self* fraco e vulnerável movimentando-se num mundo ameaçador»; «o conflito relativo à necessidade simultânea de liberdade e protecção». Asserções estas responsáveis pelas estruturas de superfície e consequentemente pelos sintomas (Arnkoff, 1980; Biran, 1988; Guidano e Liotti, 1983; Mahoney, 1985, no prelo).

Entendo que a necessidade desta reestruturação de segunda ordem advém não só da constatação de que os agorafóbicos relatam necessitar frequentemente de grandes doses de energia física e psicológica para manterem os ganhos conseguidos mediante as técnicas mencionadas, expressando com igual frequência o receio de não virem a ser capazes de controlar futuros ataques, como também pela quantidade de recaídas que se verificam nas catamneses (Biran, 1988).

De facto, é frequente durante as exposições os clientes experienciarem rememorações espontâneas de carácter visual, imagético e quinestésico. Não é difícil verificar que associados a estas rememorações se encontram normalmente sentimentos de ira, luto e solidão (Jasin, 1983). Estas emoções devem ser trabalhadas terapêuticamente na mesma linha do que foi relatado para as sensações proprioceptivas relativas ao pânico, recorrendo a exercícios de reestruturação emocional na linha da *focagem* (Fodor, 1987; Greenberg e Safran, 1987; Greenberg *et al.*, 1989).

Deve ser comunicado ao cliente que os sentimentos e emoções não são perigosos e que fornecem informações adaptativas que é importante experimentar e a que é importante «dar voz» (tal como as informações fornecidas pelos órgãos sensoriais).

No caso particular do José, penso ser importante recorrer a um treino assertivo/expressivo dada a sua «falta de competências na interacção com o sexo oposto e em situações sociais de responsabilidade», com particular incidência na questão da discussão e elucidação de direitos assertivos, bem como na diferenciação entre emoções e comportamentos emocionais (Lange e Jakubowski, 1976), déficits frequentes neste tipo de casos.

Ainda no caso particular do José, caso se constate uma situação de «luto não resolvido» face à morte recente do pai, este pode ser trabalhado recorrendo a técnicas de reestruturação emocional como o «assunto inacabado» (*unfinished business*) (Greenberg *et al.*, 1989).

As estruturas profundas a serem trabalhadas, são caracterizadas pela sua incondicionalidade, globalidade e invariância (por exemplo, «Eu sou fraco e vulnerável e o mundo é hostil»; «Tenho de ter controlo sobre as minhas fraquezas ou relações interpessoais ou serei esmagado por um mundo hostil») (Biran, 1988; Guidano e Liotti, 1983).

A estratégia para lidar com as estruturas de profundidade deve iniciar com a «correção semântica» de atributos absolutos e dicotómicos e do uso do pronome «Eu», principalmente quando este se encontra associado a verbos tais como «ser», «valer», «poder» e «merecer», dado estes serem os verbos mais directamente relacionados com a identidade pessoal (Guidano e Liotti, 1983, Mahoney, 1985, no prelo).

De seguida é importante passar ao confronto dos conteúdos particulares das teorias de identidade

e do mundo mantidas pelo cliente (por exemplo: «Caso me torne auto-suficiente as pessoas vão-me abandonar»), recorrendo a técnicas de confronto beckianas e ellianas. Quando a forma e conteúdo das estruturas profundas se encontram suficientemente trabalhadas, é importante propor novas experiências na vida real que ajudem o cliente a desenvolver novas e mais adaptativas teorias pessoais e sobre o mundo (Guidano e Liotti, 1983).

As estratégias cognitivas de disputa de estruturas profundas devem ser alternadas com as estratégias de reestruturação emocional, tal como as estratégias referidas de *focagem*, *assunto inacabado* e diálogo de *cadeira vazia*, principalmente quando se identifica uma forte carga emocional associada aos conteúdos profundos (Arnkoff, 1981; Greenberg, 1979; Greenberg e Safran, 1987; Greenberg *et al.*, 1989).

O objectivo essencial deste trabalho de reestruturação emocional é o de auxiliar o cliente a abandonar, *sem reprimir*, padrões habituais de respostas emocionais, no sentido da sua flexibilização, processo aliás patente nos processos naturais de desenvolvimento emocional (Malatesta e Izard, 1984).

Atenção deve igualmente ser dada aos efeitos da evolução terapêutica do José na interacção com os outros significativos, particularmente com a sua mãe, cujas reacções a esta evolução podem necessitar de trabalho clínico directo.

Importante ainda, como forma de lidar com o término do processo terapêutico, parece-me ser a necessidade de promover a «deutero-aprendizagem» do cliente relativamente aos elementos que este interpreta como essenciais no seu evoluir positivo. Este trabalho pode ser feito essencialmente através da rememoração e verbalização dos momentos e variáveis terapêuticas a que o cliente atribui mais importância, bem como através da análise das principais dificuldades que antecipa e formas alternativas de com elas lidar (Bedrosian e Beck, 1980).

Desta forma, e recorrendo à metáfora inicial do terapeuta como artista que aumenta os seus graus de liberdade e criatividade mediante o conhecimento mais aprofundado dos seus processos psicológicos, também o cliente aumenta os seus graus de liberdade e flexibilidade, após um processo terapêutico baseado no conhecimento dos seus processos cognitivo-emocionais e no ensaio de novas teorias sobre o *self* e o mundo e conseqüentemente novos com-

portamentos. Acede assim, não a uma vida livre de sofrimento, mas a um nível superior de desenvolvimento que se configura numa abertura a novos possíveis e na conquista do exercício da *autogestão psicológica* que proporciona o crescimento pessoal, no desafio do ser e do devir.

## REFERÊNCIAS

- ADLER, C. M.; CRASKE M. G.; KIRSHENBAUM, S. e BARLOW, D. H. (1989) – «Fear of panic: An investigation of its role in panic occurrence, phobic avoidance, and treatment outcome», *Behaviour Research and Therapy*, 27, 391-396.
- ALEXANDER, L. e LUBORSKY, L. (1986) – «The Penn. Helping Alliance Scales», in L. Greenberg & W. Pinsof (Eds.), *The Psychotherapeutic process: A research handbook*, New York: Guilford.
- American Psychiatric Association (1987) – *Diagnostic and statistic manual of mental disorders* (3ª ed. rev.), Washington, D.C.: American Psychiatric Association Press.
- ARNKOFF, D. B. (1980) – «Psychotherapy from the perspective of cognitive theory», in M. J. Mahoney (Ed.), *Psychotherapy Process*, New York: Plenum.
- ARNKOFF, D. B. (1981) – «Flexibility in practicing cognitive therapy», in G. Emery, S. H. Hollon, e R. C. Bedrosian (Eds.), *New directions in cognitive therapy*, New York: Guilford.
- ARNKOFF, D. B. (1983) – «Common and specific factors in cognitive therapy», in M. J. Lambert (Ed.), *Psychotherapy and patient relationships*, Chicago: Dorsey.
- BAPTISTA, T. M. e VASCO, A. B. (1988) – «Terapias breves numa perspectiva cognitivo-comportamental», *Psicologia*, 6, 17-22.
- BECK, A. T. (1988) – «A cognitive model of panic attacks», in S. Rachman & J. D. Maser (Eds.), *Panic: psychological perspectives*, Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- BECK, A. T.; EMERY, G. e GREENBERG, R. (1985) – *Anxiety disorders and phobias*, New York: Basic Books.
- BECK, A. T.; RUSH, A. J.; SHAW, B. F. e EMERY, G. (1979) – *Cognitive therapy and depression*, New York: Guilford.
- BEDROSIAN, R. C. e BECK, A. T. (1980) – «Principles of cognitive therapy», in M. J. Mahoney (Ed.), *Psychotherapy process*, New York: Plenum.
- BEUTLER, L. E. (1989) – «Differential treatment selection. The role of diagnosis in psychotherapy», *Psychotherapy*, 26, 271-281.
- BIRAN, M. (1988) – «Cognitive and exposure treatment for agoraphobia», *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 2, 165-178.
- BORDIN, E. S. (1979) – «The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance», *Psychotherapy: Theory Research and Practice*, 16, 252-260.
- BRUNINK, S. e SCHROEDER, H. (1979) – «Verbal therapeutic behaviour of expert psychoanalytically oriented, gestalt and behaviour therapists», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 567-574.
- BUTLER, G. (1989) – «Phobic disorders», in K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk, e D. M. Clark (Eds.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A Practical guide*, Oxford: Oxford Medical Publications.
- CLARK, D. M. (1986) – «Cognitive therapy for anxiety. Behavioural», *Psychotherapy*, 14, 283-294.
- CLARK, D. M. (1989) – «Anxiety states : Panic and generalized anxiety», in K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk, e D. M. Clark (Eds.), *Cognitive-behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide*, Oxford: Oxford University Press.
- DRYDEN, W. (1985) – «Foreword», in A. Ellis, *Overcoming resistance*, New York: Springer.
- DRYDEN, W. (1990) – *Creativity in Rational-Emotive therapy*, Loughton, Essex: Gale Centre Publications.
- ELLIS, A. (1979) – «A note on the treatment of agoraphobics with cognitive modification versus prolonged exposure *in vivo*», *Behaviour Research and Therapy*, 17, 162-164.
- ELLIS, A. (1985) – «Expanding the ABCs of rational-emotive therapy», in M. J. Mahoney e A. Freeman (Eds.), *Cognition and Psychotherapy*, New York: Plenum.
- EMMELKAMP, P. M. G. e VAN DER HOUT, A. (1983) – «Failure in treating agoraphobia», in E. B. Foa e P. M. G. Emmelkamp (Eds.), *Failures in behavior therapy*, New York: John Wiley & Sons.
- FOA, E. B. e STEKETEE, G. (1987) – «Behavioral treatment of phobics and obsessive-compulsives», in N. S. Jacobson (Ed.), *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives*, New York: Guilford.
- FODOR, I. G. (1987) – «Moving beyond cognitive-behavior therapy: Integrating gestalt therapy to facilitate personal and interpersonal awareness», in N. S. Jacobson (Ed.), *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives*, New York: Guilford.
- FRANKL, V. E. (1985) – «Logos, paradox and the search for meaning», in M. J. Mahoney e A. Freeman (Eds.), *Cognition and psychotherapy*, New York: Plenum.
- FRENI, S.; BASILE, R.; FAVA, E. e GALATI, S., (1989, Setembro) – «Some observations on the situation of psychotherapy in Italy», in D. E. Orlinsky (organizador), *The social context of psychotherapy and psychotherapy research: A comparative discussion*

- of the organization and impact of service delivery systems, Workshop integrado na Third European Conference on Psychotherapy Research, Berna.
- GILLIS, J. S. e MORAN, T. J. (1981) – «An analysis of drug decisions in a state psychiatric hospital», *Journal of Clinical Psychology*, 37, 32-42,
- GOLDEN, W. L. (1983) – «Resistance in cognitive-behavioural therapy», *British Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1 (2), 33-42,
- GOLDFRIED, M. R. e DAVISON, G. (1976) – *Clinical behavior therapy*, New York: Holt, Rinehart & Winston.
- GOLDFRIED, M. R. e SAFRAN, J. D. (1986) – «Future directions in psychotherapy integration», in J. C. Norcross (Ed.), *Handbook of eclectic psychotherapy*, New York: Brunner/Mazel.
- GOLEMAN, R. (1980) – «Psychiatry: First guide to therapy is fiercely opposed», *The New York Times*, 23 de Setembro, Cl.
- GOULD, R. L. (1978) – *Transformations: Growth and change in adult life*, New York: Simon & Schuster.
- GREENBERG, L. (1979) – «Resolving splits: The two-chair technique», *Psychotherapy, Theory, Research and Practice*, 16, 310-318.
- GREENBERG, L. S. e SAFRAN, J. D. (1984) – «Integrating affect and cognition: A perspective on the process of therapeutic change», *Cognitive Therapy and Research*, 8, 559-578,
- GREENBERG, L. S. e SAFRAN, J. D. (1987) – *Emotion in psychotherapy: Affect, cognition and the process of change*, New York: Guilford.
- GREENBERG, L. S. e SAFRAN, J. D. (1989) – «Emotion in psychotherapy», *American Psychologist*, 44, 19-29.
- GREENBERG, L. S.; SAFRAN, J. D. e RICE, L. (1989) – «Experiential therapy: Its relation to cognitive therapy», in A. Freeman, K. M., Simon, L. E. Beutler, e H. Arkowitz (Eds.), *Comprehensive handbook of cognitive therapy*, New York: Plenum.
- GUIDANO, V. e LIOTTI, G. (1983) – *Cognitive therapy and emotional disorders*, New York: Guilford.
- HARPER, R. A. (1959) – *Psychoanalysis and psychotherapy: 36 Systems*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- HERINK, R. (1980) – *The psychotherapy handbook*, New York: Meridian.
- HORVATH, A. e GREENBERG, L. S. (1986) – «The development of the working alliance inventory», in L. Greenberg e W. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic Process: A research handbook*, New York: Guilford.
- IVEY, A. E. (1986) – *Developmental therapy: Theory into practice*, San Francisco: Jossey-Bass.
- IVEY, A. E. e GONÇALVES, O. F. (1988) – «Developmental therapy: Integrating developmental processes into the clinical practice», *Journal of Counseling and Development*, 66, 406-413.
- JASIN, S. (1983) – «Cognitive-behavioral treatment of agoraphobia in groups», in A. Freeman (Ed.), *Cognitive therapy with couples and groups*, New York: Plenum.
- LANGE, A. J. e JAKUBOWSKI, P. (1976) – *Responsible assertive behavior*, Champaign, IL: Research Press.
- LAZARUS, A. (1981) – *The practice of multimodal therapy*, New York: McGraw-Hill.
- LEVINSON, D. J.; DARROW, C. N.; KLEIN, E. B.; LEVINSON, M. H. e MCKEE, B. (1978) – *The seasons of a man's life*, New York: Knopf.
- MAHONEY, M. J. (1982) – «Psychotherapy and human change processes», in J. H. Harvey e M. M. Parks (Eds.), *Psychotherapy research and behavior change, The Master Lecture Series (vol. 1)*, Washington, D.C.: American Psychological Association.
- MAHONEY, M. J. (1985) – «Psychotherapy and human change processes», in M. J. Mahoney e A. Freeman (Eds.), *Cognition and psychotherapy*, New York: Plenum.
- MAHONEY, M. J. (no prelo) – *Human change processes: Notes on the facilitation of personal development*, New York: Basic Books.
- MAHONEY, M. J. e GABRIEL, T. (1987) – «Psychotherapy and cognitive sciences: An evolving alliance», *Journal of Cognitive Therapy*, 1, 39-59.
- MALATESTA, C. Z. e IZARD, C. E. (1984) – «Introduction: Conceptualizing emotional development in adults», in C. Z. Malatesta e C. E. Izard (Eds.), *Emotion in adult development*, Beverly Hills: Sage.
- MARKS, I. M. (1969) – *Fears and phobias*, London: Academic Press.
- MEEHL, P. (1960) – «The cognitive activity of the clinician», *American Psychologist*, 15, 19-27.
- MEICHENBAUN, D. (1977) – *Cognitive-behavior modification*, New York: Plenum.
- MEYER, V. e GELDER, M. G. (1963) – «Behaviour therapy and phobic disorders», *British Journal of Psychiatry*, 109, 19-28.
- MICHELSON, L.; MAVISSAKALIAN, M. e MARCHIONE, K. (1985) – «Cognitive and behavioral treatment of agoraphobia: Clinical, behavioral, and psychophysiological outcomes», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 913-925.
- NESSE, R. M. (1987) – «An evolutionary perspective on panic disorder and agoraphobia», *Ethology and Sociobiology*, 8, 73s-83s.
- O'LEARY, K. D. e WILSON, G. T. (1987) – *Behavior therapy: Applications and outcome (2ª ed.)*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- PARLOFF, M. B. (1976) – «Shopping for the right therapy», *Saturday Review*, 21 de Fevereiro, 135-142.
- PAUL, G. L. (1967) – «Strategy of outcome research in psychotherapy», *Journal of Consulting Psychology*, 31, 109-119.

PEPPER, S. C. (1942) – *World hypotheses*, Berkley: University of California Press.

PROCHASKA, J. O. (1984) – *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis (2ª ed.)*, Homewood, IL: Dorsey.

RABAVILAS, A. D.; BOULOUGOURIS, J. C. e PERISSAKI, C. (1979) – «Therapist qualities related to outcome with exposure in vivo in neurotic patients», *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 10, 293-299.

RICHERT, A. (1983) – «Differential prescription for psychotherapy on the basis of client role preferences», *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, 321-329.

SAFRAN, J. D. (1984) – «Assessing the cognitive-interpersonal cycle», *Cognitive Therapy and Research*, 8, 333-348.

SHEAR, M. K.; BALL, G. e JOSEPHSON, S. (1987) – «An empirically developed cognitive-behavioral treatment of panic», *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 6, 421-433.

SLOANE, R. B.; STAPLES, F. R.; CRISTOL, A. H.; YORKSTON, N. H. e WHIPPLE, K. (1975) – *Psychotherapy versus behaviour therapy*, Cambridge, MA: Harvard University Press.

TELCH, M. J.; BROVILLARD, M.; TELCH, C. F.; AGRAS, W. S. e TAYLOR, C. B. (1989) – «Role of cognitive appraisal in panic related avoidance», *Behaviour Research and Therapy*, 27, 373-383.

THOMPSON, J. K. (Ed.) (1989) — «Client-therapist relationship and cognitive psychotherapy» (número especial), *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 3(2).

TURK, D. C. e SALOVEY, P. (Eds.) (1988) – *Reasoning, inference, and judgment in clinical psychology*, New York: The Free Press.

VASCO, A. B. (1987, Janeiro) – *Resistência e erros inferenciais: Notas sobre as «perturbações» do psicoterapeuta*, Comunicação apresentada no I Encontro Nacional de Psicologia Clínica e da Saúde, Coimbra.

VASCO, A. B. (1988, Novembro) – *Da Torre de Babel ao esperanto terapêutico: Notas sobre investigação e integração em psicoterapia*, Comunicação apresentada no II Simpósio Nacional sobre Investigação em Psicologia, Lisboa.

VASCO, A. B.; HENRIQUES, A. P. e SANTOS, M. C. (1986) – «Fundamentos teóricos, formação e implantação institucional da Associação Portuguesa de Terapias Comportamental e Cognitiva (APTCC)», *Jornal de Psicologia*, 5(2), 21-27.

WACHTEL, P. L. (Ed.) (1982) – *Resistance: Psychodynamic and behavioral approaches*, New York: Plenum.

WILLIAMS, S. L. e ZANE, G. (1989) – «Guided mastery and stimulus exposure treatments for severe performance anxiety in agoraphobics», *Behaviour Research and Therapy*, 27, 237-245.

WOOLFOLK, R. L.; SASS, L. A. e MESSER, S. B. (1988) – «Introduction to hermeneutics», in S. B. Messer, L. A. Sass, R. L. Woolfolk (Eds.), *Hermeneutics and Psychological theory: Interpretative perspectives on personality, psychotherapy, and psychopathology*, New Brunswick: Rutgers University Press.

## RESUMO

*Depois de, em preâmbulo, o autor acentuar tanto em termos de investigação como de prática clínica a necessidade de conhecimento dos processos e a explicitação dos critérios de tomada de decisão clínica, aborda-se o caso em questão. Esta abordagem tenta ser explícita relativamente aos critérios subjacentes às decisões clínicas tomadas face a: (a) avaliação — o caso é classificado como «perturbação de pânico com agorafobia», acentuando-se a importância de tomar simultaneamente em consideração os níveis funcional, estrutural e contextual; (b) conceptualização — conveniência em distinguir entre factores etiológicos predisponentes e desencadeantes e tomada em consideração do «ciclo pânico/agorafobia»; (c) relação terapêutica — importância a atribuir à «aliança terapêutica» adaptada às características do cliente nos componentes de laço, objectivos e tarefas terapêuticas; (d) intervenção — onde se salienta a importância de tomar em consideração os componentes de «racional», «focagem» e «ligar à terra», «reestruturação de estruturas de superfície», «exposição ao vivo» e «reestruturação de estruturas profundas».*

## ABSTRACT

*After stressing the need, both in terms of research and clinical practice, to be explicit about the processes and criteria involved in clinical decision-making, the author proceeds to examine the case. This approach intends to be explicit regarding the criteria underlying the decisions made about: (a) assessment — the present case is classified as «disturbance of panic with agoraphobia», underlying the need to take into account the functional, structural and contextual levels of analysis; (b) conceptualization — importance of differentiating between predisposing and triggering factors as well as the need to take into consideration the «cycle of panic/agoraphobia»; (c) therapeutic relationship — importance of the «therapeutic alliance» tailored to client's characteristics in terms of bond, goals and tasks; (d) intervention — the following components are stressed: «rationale», «focusing and grounding», «restructuring of surface structures», «in vivo flooding» and, «restructuring of deep structures».*