

# Caso José: as possibilidades e os limites de uma abordagem cognitivo-desenvolvimental

ÓSCAR F. GONÇALVES \*

## INTRODUÇÃO

Como facilmente se pode depreender da descrição clínica, o caso José tipifica nosologicamente um distúrbio de pânico com agorafobia, segundo a classificação proposta pelo DSM-III-R (APA, 1987).

Pesem embora os esforços feitos pelas mais recentes classificações diagnósticas, diferentes autores têm reclamado quanto às dificuldades de delimitação desta categoria nosológica (cf., Chambless, 1985; Williams, 1985; Barlow, 1988) e para a necessidade de uma categorização explicativa, identificando as regras da organização agorafóbica bem como a história do seu desenvolvimento (cf., Guidano, 1987, no prelo; Guidano & Liotti, 1983).

Com o objectivo de compreender o funcionamento destes quadros nosológicos têm vindo a público numerosas teorias de inspiração comportamental e cognitiva. Sem correr o risco de grandes exageros, poderemos dizer que de cada paradigma da tradição comportamental e cognitiva surgiu pelo menos uma conceptualização diferente do distúrbio de pânico com agorafobia (cf., Gonçalves, 1990, no prelo). São disso exemplo as seguintes teorias: teoria do condicionamento clássico (e.g., Watson & Rayner, 1920; Wolpe, 1952; Wolpe & Rowan,

1988); teoria dos dois factores (e.g., Mowrer, 1940; 1960); teoria da incubação (e.g., Eysenck 1979, 1985); teoria dos sinais de segurança (e.g., Rachman, 1984); teoria da auto-eficácia (e.g., Bandura, 1986; Bandura, Reese & Adams, 1982; Williams, 1987); teoria bioinformacional (e.g., Barlow, 1988; Foa & Kosak 1986; Lang 1985; Rachman, 1980); teoria cognitiva (e.g., Beck Brown, Steer, Eidelson, Riskind, 1987; Beck & Clark, 1988; Beck & Emery, 1985; Eysenck 1988; Hibbert, 1984; Mathews & MacLeod, 1987); teoria construtivista (e.g., Guidano, 1984, 1987, 1988; no prelo; Guidano & Liotti, 1983, 1985; Liotti, 1986; Reda, 1986).

Esta controvérsia relativamente às conceptualizações é igualmente espelhada na dificuldade de consensos relativamente às estratégias terapêuticas praticadas. Se por um lado é amplamente reconhecida a superioridade dos tratamentos à base da exposição (cf., Emmelkamp, Brilman, Kuiper & Mersch, 1985; Emmelkamp, Kuiper & Eggerratt, 1978; Emmelkamp & Mersch, 1982; Mavissakalian, Michelson, Greenwald, Komblith & Greenwald, 1983; Williams & Rappaport, 1983), são bem conhecidas as limitações deste tratamento tais como: altos níveis de abandono terapêutico (e.g., Jansson & Ost, 1982), os efeitos terapêuticos limitados (Marks, 1971; McPherson, Brougham, McLaren, 1980), as taxas de recaída (e.g., Munby & Jonhston, 1980) e ausência de efeitos diferenciais com diferentes tipos e modalidades de exposição (e.g., Silva & Rachman, 1981).

\* Professor Associado e Coordenador do Serviço de Consulta Psicológica e Desenvolvimento Humano da Universidade do Minho.

Adicionalmente e como seria fácil de antever, os proponentes de diferentes modelos oferecem diferentes interpretações para a eficácia dos métodos de exposição: interpretações com base no condicionamento clássico (cf., Lader & Wing 1964; Marks, 1969); interpretações com base na teoria da auto-eficácia (cf., Williams, 1987); interpretações com base no processamento emocional (cf., Barlow, 1988; Rachman, 1980; Foa & Losak 1986); interpretações cognitivas (cf., Beck & Emery, 1985; Chambless, 1985) e interpretações construtivistas (cf., Biren, 1988; Guidano & Liotti, 1983).

De toda esta multiplicidade de interpretações comportamentais e cognitivas relativamente à conceptualização e tratamento dos distúrbios de pânico com agorafobia ressalta a necessidade do desenvolvimento de uma teoria explicativa e descritiva integrada, que se torne capaz de esclarecer as regras comportamentais, cognitivas e emocionais de organização dos distúrbios de pânico com agorafobia, bem como a especificidade do desenvolvimento emocional comportamental e cognitivo do cliente.

Em nossa opinião, as perspectivas construtivo-desenvolvimentais que inspiram as novas terapias cognitivas mostram-se particularmente úteis para facilitar uma compreensão mais integrada das conceptualizações e abordagens terapêuticas (cf., Gonçalves, 1989a; Gonçalves & Craine, 1990; Ivey, 1986, 1990; Joyce-Moniz, 1989; Mahoney, no prelo).

Ainda que subsistam naturais divergências entre os protagonistas das novas terapias cognitivas, alguns pressupostos cognitivo-desenvolvimentais úteis para a compreensão e tratamento do caso clínico em apreço podem ser identificados (cf., Gonçalves, 1989b; Gonçalves & Machado, 1989a):

1. Com base na qualidade das relações emocionais precoces (i.e., vinculação-separação) a criança desenvolve um primeiro núcleo de organização cognitiva acerca de si própria e da realidade (cf., Bowlby, 1969, 1973, 1977a, 1977b, 1980, 1985).

2. Com base neste primeiro núcleo de organização cognitiva o sujeito constrói, ao longo do seu desenvolvimento, modelos de si próprio e da realidade constrangidos pelas primeiras organizações e limitados pelo seu estágio de desenvolvimento cognitivo (cf., Basseches, 1984; Broughton, 1984; Kitchner, 1983; Kramer, 1983; Piaget, 1975; Piaget & Inhelder, 1968; Riegel, 1973): cognições

baseadas na experiência (i.e., cognição sensório-motora); cognições baseadas na acção (i.e., cognição concreta); cognições baseadas no pensamento (i.e., cognição formal ou metacognição) e cognição baseada na existência (i.e., cognição pós-formal ou epistémica).

3. A organização cognitiva do adulto resulta de uma procura de elaboração pessoal coerente resultante da especificidade da organização sensório-motora, concreta, formal e pós-formal (cf., Gonçalves & Machado, 1989b; Ivey, 1986; Ivey, 1990; Ivey & Gonçalves, 1988; Ivey, Gonçalves & Ivey, 1989).

Tomando como base estas considerações introdutórias e os pressupostos referidos, passaremos de seguida à conceptualização cognitivo-desenvolvimental do caso José para finalmente descrevermos as estratégias terapêuticas utilizadas à luz deste modelo.

## CONCEPTUALIZAÇÃO COGNITIVO-DESENVOLVIMENTAL DO CASO JOSÉ

A conceptualização cognitivo-desenvolvimental obriga a um levantamento sistemático da organização e da expressão sintomática a quatro níveis: *sensório-motor, concreto, formal e pós-formal*. Assim, iremos de seguida fazer uma conceptualização do caso José a cada um destes níveis, de molde a esclarecer a complexidade da sua organização cognitiva aos diferentes níveis. Para cada um destes níveis cognitivos, procuraremos esclarecer os aspectos estruturais de organização cognitiva bem como a expressão funcional sintomática corrente.

### Organização Sensório-Motora

1. *Organização* — A este nível de desenvolvimento, o José foi objecto de uma consistente atitude limitativa dos comportamentos exploratórios. O José é filho e neto único e objecto de uma educação superprotectora quer da parte dos pais quer da parte dos avós. Com base nestes padrões de relação vinculativa desenvolveu-se um primeiro núcleo de organização cognitiva (i.e., *hard-core metafísico*), caracterizado por uma atitude ambígua face a si próprio (auto-imagem de vulnerabilidade em face

dos perigos da realidade acompanhada de uma auto-imagem de pessoa amada, objecto de atenção e protecção) e face à realidade (necessidade de liberdade que implica solidão e perigo e necessidade de protecção que implica sentimentos de constrição).

2. *Expressão sintomática corrente* — Desta organização cognitiva resulta, ao nível sensório-motor, uma procura de exclusão de todo o influxo sensorial activador da necessidade de liberdade, bem expresso na dificuldade que o José tem em discriminar e aceitar sentimentos e emoções e na correspondente expressão neurovegetativa da sua ansiedade (i.e., taquicardia, falta de ar, visão embaçada, zumbidos) bem como experiências de desrealização (i.e., desorientação e confusão). Isto é, toda activação emocional é assimilada à ansiedade e esta limitada à sua componente neurovegetativa.

### Organização Concreta

1. *Organização* — O núcleo inicial de organização cognitiva é agravado por uma doença do sistema imunológico que vem assim reforçar a auto-imagem de vulnerabilidade (i.e., cuidados médicos intensivos de protecção em relação às ameaças externas) a par da imagem de sujeito querido e amado (i.e., atitude de atenção e preocupação de pais e elementos da comunidade). Do reforço deste núcleo desenvolve-se, ao nível da organização concreta, uma atitude activa de controlo motorico de limitação do comportamento exploratório (i.e., as preocupações com a saúde e com a doença entraram definitivamente no campo das suas preocupações e da família).

2. *Expressão sintomática corrente* — Esta organização estrutural tem expressão funcional nas dificuldades de descentração da experiência perceptual e das reacções neurovegetativas (i.e., constantes verificações da sintomatologia física e uso frequente de sinais de segurança). Adicionalmente assiste-se a uma dificuldade de operação dos esquemas de acção, com a consequente prevalência de padrões comportamentais de evitamento (i.e., evitamento sistemático de locais ou situações em que a fuga possa ser difícil ou embaraçosa).

### Organização Formal

1. *Organização* — Com a entrada no pensamento formal, o José começa a formular uma teoria

pessoal de si próprio e de mundo, caracterizada por atribuições externas, avaliações irrealistas e pensamentos automáticos disfuncionais (i.e., vou ter um ataque cardíaco; a minha cabeça vai estoirar, posso ficar cego a qualquer momento). Esta teoria, resultante do núcleo base de organização cognitiva, vê-se inesperadamente «confirmada» com a morte súbita do pai por acidente cardíaco. Estas teorias ajudam a preservar o núcleo central de organização cognitiva, nomeadamente o aparente conflito entre uma auto-imagem negativa de vulnerabilidade e uma auto-imagem positiva de ser querido e amado — i.e., preciso de me proteger e ser protegido, não porque sou fraco, mas porque o mundo é ameaçador ou porque, fisicamente, há algo de errado comigo.

2. *Expressão sintomática corrente* — Estas características de organização estrutural formal dificultam a separação entre pensamentos e acções (i.e., o José torna-se nos seus pensamentos) com uma grande dificuldade de manipulação do pensamento proposicional e do qual decorrem abundantes distorções cognitivas (i.e., inferência arbitrária; abstracção selectiva, hipergeneralização).

### Organização Pós-Formal

1. *Organização* — A rigidez de atitudes resultante dos níveis de organização anteriormente descritos conduz a uma ontologia e epistemologia de cariz absolutista, onde predominam valores como a estabilidade, dependência, controlo e segurança (i.e., excessiva preocupação e controlo de si próprio, acompanhado de mais velhos; dependência face aos valores dos pais e da família; preservação dos valores da educação estruturada).

2. *Expressão sintomática corrente* — Dificuldade em identificar e descentrar dos sistemas de representação social tais como a família e a comunidade e consequente dificuldade de introduzir uma maior flexibilidade no seu sistema de valores.

Em síntese, a organização precoce da dinâmica relacional do José conduziu a um primeiro núcleo de organização cognitiva tipificada por uma atitude ambígua face a si própria (conflito entre uma imagem de indivíduo fraco e vulnerável e uma imagem de indivíduo querido e amado) e face à realidade (desejo e receio quer da liberdade quer do constrangimento). Este núcleo base, guiando a estruturação

subsequente do desenvolvimento do José, é adicionalmente reforçado por dois acontecimentos ocorridos respectivamente no período das operações concretas e formais: a doença do sistema imunológico e a morte súbita do pai por acidente cardíaco. Estes acontecimentos reforçam uma organização estrutural concreta de acentuado controlo motor e do comportamento exploratório e, ao nível formal, a formulação de uma teoria explícita de si próprio e da realidade onde predominam as avaliações irrealistas do perigo e da realidade, as atribuições externas e as cognições disfuncionais. A entrada na idade adulta consubstancia uma atitude pós-formal (i.e., ontologia e epistemologia) de cariz absolutista, oferecendo assim uma coerência final para toda a dinâmica da organização estrutural.

As expressões sintomáticas de ansiedade neurovegetativa, dificuldade de identificação e discriminação das emoções, padrões comportamentais de evitamento e dificuldades de descentração dos valores pessoais e sociais constituem a expressão disfuncional da complexidade da organização cognitiva do José.

Tomando como base a presente conceptualização cognitivo-desenvolvimental, foi desenhado e implementado o plano terapêutico que discutiremos de seguida.

### **Tratamento Cognitivo-desenvolvimental do Caso José**

Antes de iniciarmos a descrição do processo terapêutico utilizado no caso em apreço, seja-nos permitido tecer algumas breves considerações acerca dos fundamentos da estratégia terapêutica utilizada.

Em primeiro lugar, dois níveis de intervenção estão presentes na abordagem terapêutica cognitivo-desenvolvimental: o *nível transversal* e o *nível vertical*. O *nível transversal* diz respeito às dimensões sensório-motoras, concretas, formais e pós-formais do funcionamento do cliente. O *nível vertical* por sua vez considera a profundidade do trabalho psicológico para cada uma das dimensões referidas a três níveis: *superficial*, *intermédio* e *profundo*.

Um dos pressupostos importantes da abordagem cognitivo-desenvolvimental é o de que o processo terapêutico deve operar para todos os níveis de funcionamento psicológico, potenciando o cliente

para as tarefas de *experenciar* (i.e., sensório-motor), *fazer* (i.e., concreto), *pensar* (i.e., formal) e *ser* (i.e., pós-formal) (Ivey, 1986, 1990; Ivey & Gonçalves, 1988; Ivey & Gonçalves & Ivey, 1989).

Finalmente, o processo terapêutico pode intencionalizar-se quer para alterações superficiais quer para as alterações profundas do funcionamento dos clientes. Mahoney (no prelo) lembra que há uma tríade de Ps que simbolizam os vários níveis de profundidade de trabalho terapêutico: *problema* (i.e., nível de trabalho superficial ou sintomático); *padrão* (i.e., nível de trabalho intermédio ou de assimilação recognitiva); e *processo* (i.e., nível de trabalho profundo ou de acomodação das estruturas). Embora a grande maioria dos autores reconheçam nem sempre ser possível proporcionar condições para um trabalho em profundidade, é consensual o princípio de que uma reestruturação profunda ou de segunda ordem deverá, sempre que possível, constar dos objectivos do terapeuta (cf., Beck & Emery, 1985; Dryden & Ellis, 1988; Meichenbaum & Gilmore, 1984; Gonçalves & Craine, 1990; Guidano, 1987; no prelo; Liotti, 1986; Mahoney, no prelo)

Tendo em conta estes pressupostos, foi elaborado e executado um plano terapêutico para o José que contemplasse os níveis superficiais, intermédios e profundos para as dimensões sensório-motoras, comportamentais, formais e pós-formais. É à descrição sumária da execução deste plano que nos referiremos já de seguida.

### *Nível Superficial*

#### *Objectivos*

Após as sessões de avaliação que permitiram a conceptualização atrás apresentada, iniciou-se o trabalho terapêutico a nível superficial que teve uma duração de cinco sessões e que contemplava os seguintes objectivos terapêuticos:

1. Diminuir o nível de ansiedade e de ataques de pânico através do aumento de aptidões de confronto e controlo e do aumento das percepções de auto-eficácia;
2. descentração da acção através da identificação de pensamentos e cognições;
3. aumento do autoconhecimento através da identificação dos determinantes internos e externos das suas experiências.

### *Processo*

Foram as seguintes as estratégias terapêuticas organizadas para cada uma das dimensões do funcionamento do José:

1. Sensório-motor — aprendizagem de técnicas de controlo da ansiedade através da aquisição de aptidões de confronto de relaxamento e de controlo respiratório (cf., Goldfried, 1980; Gonçalves, 1990).

2. Concreto — sessões de exposição de mestria gradual e de curta duração, em imaginação e ao vivo, a situações ansiógenas (cf., Foa & Kosak, 1986; Gonçalves, 1990; Williams, 1987).

3. Formal — identificação de padrões de diálogo interno (cf., Beck & Emery, 1985; Ellis, 1985; Meichenbaum, 1985).

4. Pós-formal — organização pelo cliente de uma análise funcional cognitivo-comportamental, permitindo a identificação dos determinantes internos e externos do seu comportamento (cf., Gonçalves, 1986; Weinstein & Alschuler, 1985).

### *Nível Intermédio*

#### *Objectivos*

No final da primeira fase do trabalho terapêutico o José tinha reduzido significativamente os níveis de ansiedade e a quantidade de ataques de pânico. Assistia-se ainda a uma concomitante diminuição dos comportamentos de evitamento. Decidimos então avançar para um nível intermédio de trabalho terapêutico, que durou igualmente cinco sessões, e que almejava os seguintes objectivos:

1. Permitir a emergência de um equilíbrio dinâmico entre controlo e falta de controlo;

2. alterar as percepções de auto-eficácia através de experiências de mestria;

3. desenvolvimento de padrões de pensamento mais relativistas e funcionais;

4. identificação de padrões ou configurações cognitivas através da exploração da história pessoal.

#### *Processo*

Para a realização destes objectivos foram organizadas as seguintes estratégias terapêuticas distribuídas por cada uma das dimensões do funcionamento do José:

1. Sensório-motor — Experiências de activação da ansiedade através da hiperventilação seguidas do exercício de aptidões de confronto como o

relaxamento e a respiração (cf., Goldstein & Stainback, 1987).

2. Concreto — continuação da exposição gradual ao vivo em direcção a fontes ou sinais de segurança (cf., Rachman, 1983).

3. Formal — exercícios de combinatória proposicional através de análise crítica, disputa, identificação e exercício de cognições alternativas (cf., Gonçalves, no prelo; Joyce-Moniz, 1985).

4. Pós-Formal — análise da história de desenvolvimento pessoal e identificação dos padrões epistemológicos e ontológicos específicos (cf., Basseches, 1984; Gonçalves & Machado, 1989b; Moshman & Hoover, 1989).

### *Nível Profundo*

#### *Objectivos*

No final do trabalho ao nível intermédio, o José tinha reduzido a sua ansiedade para níveis normais, tinham-se extinguido os ataques de pânico e tinham terminado os comportamentos de evitamento e os rituais protectores de segurança. Pensamos, no entanto, que havia ainda da sua parte dificuldades ao nível da síntese dos processos emocionais, da identificação e flexibilização dos seus esquemas cognitivos e das representações ontológicas e epistemológicas. Pareceu-nos que os seguintes objectivos deveriam orientar o trabalho terapêutico a um nível mais profundo:

1. Capacitar para um mais elaborado reconhecimento e síntese das experiências emocionais;

2. lidar e aceitar a perda de controlo;

3. identificação das cognições básicas ou profundas;

4. flexibilização das representações ontológicas e epistemológicas.

#### *Processo*

Para a realização destes objectivos as seguintes estratégias seriam planeadas:

1. Sensório-motor — trabalho emocional de evocação, síntese, reestruturação e modificação das experiências emocionais (cf., Greenberg & Safran, 1984, 1987, 1989, Gonçalves, 1991).

2. Concreto — exposições longas e intensas ao vivo com experiências de perda de controlo (cf., Dryden & Ellis, 1986)

3. Formal — identificação dos esquemas cog-

nitivos básicos de sensibilidade ao perigo e ameaça através da análise de temas comuns e de análise da seta descendente (Safran, Vallis, Segal & Shaw, 1986; DeRubeis & Beck 1988).

4. Pós-formal — análise dos fundamentos das representações ontológicas e epistemológicas e experiência com padrões dialéticos alternativos e mais flexíveis através do uso de metáforas (Gonçalves & Machado, 1987; Gonçalves & Santos, 1987; Gonçalves & Craine, 1980) e trabalho dramático (cf., 1989; Gonçalves, 1991; Joyce-Moniz 1988; Neimeyer & Neymeyer, 1987).

Infelizmente, ou talvez não, as estratégias esboçadas para este nível mais aprofundado de trabalho terapêutico não chegaram a ter lugar. O cliente, considerou, no final das 10 sessões que constituíram o trabalho a nível superficial e intermédio, que os seus grandes objectivos terapêuticos tinham sido atingidos e que estava agora capaz de enfrentar autonomamente os seus problemas. Questionámo-lo, na altura, ainda em jeito de confrontação, se não haveria alguma área em que sentisse que necessitava de melhorar o seu funcionamento. Respondeu-nos claramente que sim e que essa área era a da relação com o sexo oposto. Como nos competia, colocámo-nos à sua disposição para continuar o trabalho, centrados agora nessa problemática. Respondeu-nos decididamente que não e que essa era uma área que «teria que lidar por si próprio».

Esta mensagem final pareceu-nos um indicativo que a principal mensagem terapêutica tinha passado e da qual o cliente guardava uma metáfora valiosa exprimida mais ou menos nos seguintes termos: *Tal como imunologicamente criámos defesas através dos contactos com os mais variados virus também a segurança nasce do risco e da aventura.*

Esta metáfora, aliada às palavras de Mahoney (no prelo), lembrando-nos de que todos os clientes têm problemas primários, secundários e terciários bem como o direito de escolher se querem lidar com um ou todos eles, convenceram-nos que era chegado o momento de iniciar o processo de finalização.

Pouco antes de escrever estas linhas tivemos oportunidade de rever o José. Está próximo de completar o curso e começou a abrir-se a outros valores e culturas. Passou a quase totalidade do nosso encontro a descrever uma viagem aventura que fez entretanto ao Brasil. O futebol, que ocupava

uma boa parte dos seus tempos livres, é agora também analisado numa perspectiva bastante crítica. Não restam dúvidas de que também os valores se começam a alterar neste processo exploratório a que o José se decidiu abrir. De vez em quando, no entanto, ainda lhe vem um zumbido incomodativo aos ouvidos, relembrando-o dos tempos de auscultação atenta dos sinais corporais. Mas também, como ele próprio avança, quem é que não tem um qualquer zumbido ... ruído de fundo desta inexorável aventura de explorar a vida.

## REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association (1987) – *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-II-R)*, Washington, DC: APA (3ª ed.).
- BANDURA, A. (1986) – *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall.
- BANDURA, A., REESE, L. & ADAMS, N. (1982) – «Microanalysis of action and fear arousal as a function of differential levels of perceived self-efficacy». *Journal of Personality and Social Psychology*, 43, 5-21.
- BARLOW, D. (1988) – *Anxiety and its disorders*, Nova Iorque: Guilford.
- BASSECHES, M. (1984) – *Dialectical thinking and adult development*. Norwood, Nova Iorque: Ablex.
- BECK, A. T. e CLARK, D. A. (1988) – «Anxiety and depression: An information processing perspective». *Anxiety Research*, 1, 23-36.
- BECK, A. T. e EMERY, G. (1985) – *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Nova Iorque: Basic Books.
- BECK, A. T. e BROWN, G., STEER, R. A., EIDELSON, J. I. e RISKING, J. H. (1987) – «Differentiating anxiety and depression utilizing the cognitive checklist». *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 179-186.
- BIREN, M. (1988) – «Cognitive and exposure treatment for agoraphobic: Reexamination of the outcome research». *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 2, 165-178.
- BOWLBY, J. (1969) – *Attachment and loss (Vol. 1: Attachment)*, Nova Iorque: Basic Books.
- BOWLBY, J. (1973) – *Attachment and loss (Vol. 2: Separation, anxiety and anger)*, Nova Iorque: Basic Books.
- BOWLBY, J. (1977a) – «The making and breaking of affectional bonds: I. Etiology and psychopathology in the light of attachment theory», *British Journal of Psychiatry*, 130, 201-210.
- BOWLBY, J. (1977b) – «The making and breaking of

- affectional bonds: II. Some principles of psychotherapy». *British Journal of Psychiatry*, 130, 421-431.
- BOWLBY, J. (1980) – *Attachment and loss (Vol. 3: Separation, sadness and depression)*, Londres: Hogarth Press.
- BOWLBY, J. (1985) – «The role of childhood experience in cognitive disturbance», in M. J. Mahoney & A. Freeman (eds.), *Cognition and psychotherapy*, Nova Iorque: Plenum.
- BROUGHTON, J. M. (1984) – «The stage beyond Piaget», in M. Commons, F. Richards & C. Armon (eds.), *Deeyond formal operations*, Nova Iorque: Praeger.
- CHAMBLESS, D. L. (1985) – «Agoraphobia», in M. Hersen & A. S. Bellack (eds.), *Handbook of clinical behavior therapy with adults*, Nova Iorque: Plenum.
- DeRUBEIS, R. J. e BECK, A. T. (1988) – «Cognitive therapy», in K. S. Dobson (ed.), *Handbook of cognitive behavioral therapies*, Nova Iorque: Guilford.
- DRYDEN, W. e ELLIS, A. (1986) – «Rational-emotive therapy (RET)», in W. Dryden & W. L. Golden (eds.), *Cognitive-behavior approaches to psychotherapy*, Londres: Harper & Row.
- DRYDEN, W. e ELLIS, A. (1988) – «Rational-emotive therapy (RET)», in K. S. Dobson (ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies*, Nova Iorque: Guilford.
- ELLIS, A. (1985) – «Expanding the ABCs of rational-emotive therapy» in M. J. Mahoney & A. Freeman (eds.), *Cognitive and psychotherapy*, Nova Iorque: Plenum.
- EMMELKAMP, P. M. G., BRILMAN, KUIPER, H. e MERSCH, P. P. (1985) – «The relative contribution of self-instructional training rational emotive therapy and exposure in vivo in the treatment of agoraphobia», *Behavior Modification*, 2, 53-59.
- EMMELKAMP, P. M. G., KUIPERS, A. C. M. e EGERAAT, J. B. (1978) – «Cognitive modification versus prologed exposure in vivo: A comparison with agoraphobics as subjects», *Behavior Research and Therapy*, 16, 33-42.
- EMMELKAMP, P. M. G. e MERSCH, P. P. (1982) – «Cognition and exposure in vivo in the treatment of agoraphobia: Short-term and delayed effects», *Cognitive Therapy & Research*, 6, 77-90.
- EYSENCK, H. J. (1979) – «The conditioning model of neuroses», *Behavior and Brain Sciences*, 2, 155-199.
- EYSENCK, H. J. (1985) – «Incubation theory of fear/anxiety», in S. Reiss e R. R. Bootzin (eds.), *Theoretical issues in behavior therapy*, Orlando, FL: Academic Press.
- EYSENCK, M. W. (1988) – «Anxiety and attention», *Anxiety Research*, 1, 9-15.
- FOA, E. B. e KOSAK, M. J. (1986) – «Emotional processing of fear: Exposure to corrective information», *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- GOLDFRIED, M. L. (1980) – «Psychotherapy as coping skills training», in M. J. Mahoney (ed.), *Psychotherapy process*, Nova Iorque: Plenum.
- GOLDSTEIN, A. e STAINBACK, B. (1987) – *Overcoming agoraphobia*, Nova Iorque: Viking.
- GONÇALVES, O. F. (1986) – «Consulta psicológica e desenvolvimento do autoconhecimento: Uma perspectiva cognitivo-construtivista», *Cadernos de Consulta Psicológica*, 2, 35-45.
- GONÇALVES, O. F. (1989a) (ed.) – *Advances in the cognitive therapies*, Porto, Portugal: APPORT.
- GONÇALVES, O. F. (1989b) – «The constructive-developmental trend in cognitive therapies», in O. F. Gonçalves (ed.) *Advances in the cognitive therapies: The constructive-developmental approach*, Porto: APPORT.
- GONÇALVES, O. F. (1990) – *Terapia comportamental: modelos teóricos e manuais terapêuticos*, Porto, Edições Jornal de Psicologia.
- GONÇALVES, O. F. (1991) – *Teorias e técnicas de consulta psicológica*, Universidade do Minho: Relatório de Concurso para Professor Associado.
- GONÇALVES, O. F. (no prelo) – *Terapias cognitivas: Teoria e prática*.
- GONÇALVES, O. F. e CRAINE, M. (1990) – «The use of metaphors in cognitive therapy», *Journal of Cognitive Therapy*, 4, 135-150.
- GONÇALVES, O. F. e MACHADO, P. P. (1987) – «A terapia como co-construção: das metáforas do cliente às metáforas do terapeuta», *Jornal de Psicologia*, 6, 14-20.
- GONÇALVES, O. F. e MACHADO, P. P. (1989a) – «Cognitive therapies and psychological development: An introduction», in O. F. Gonçalves (ed.), *Advances in the cognitive therapies: The constructive developmental approach*, Porto: APPORT.
- GONÇALVES, O. F. e MACHADO, P. P. (1989b) – «Do pensamento absolutista ao pensamento dialético através da terapia cognitiva», in J. F. Cruz, R. A. Gonçalves e P. P. Machado (eds.), *Psicologia e educação*, Porto: APPORT.
- GONÇALVES, O. F. e SANTOS, S. B. (1987) – «O uso da metáfora-múltipla-escondida em terapia cognitiva», *Psiquiatria Clínica*, 8, 175-184.
- 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) – *Emotions in psychotherapy*, Nova Iorque: Guilford.
- GREENBERG, L. S. e SAFRAN, J. D. (1989) – «Emotion in psychotherapy», *American Psychologist*, 44, 19-29.

- GUIDANO, V. F. (1984) – «A constructivist outline of cognitive processes», in M. A. Reda e M. J. Mahoney (eds.), *Cognitive psychotherapies: Recent developments in theory, research and practice*, Cambridge, MA: Ballinger.
- GUIDANO, V. F. (1987) – *Complexity of the self: A developmental approach to psychopathology and therapy*, Nova Iorque: Guilford.
- GUIDANO, V. F. (1988) – «A systems, process-oriented approach to cognitive therapy», in K. S. Dobson (ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies*, Nova Iorque: Guilford.
- GUIDANO, V. F. (no prelo) – *The self in process: Toward a post-rationalist cognitive therapy*, Nova Iorque: Guilford.
- GUIDANO, V. F. e LIOTTI, G. (1983) – *Cognitive processes and emotional disorders*, Nova Iorque: Guilford.
- GUIDANO, V. F. e LIOTTI, G. (1985) – «A constructivist foundation for cognitive therapy», in M. J. Mahoney e A. Freeman (eds.), *Cognitive and psychotherapy*, Nova Iorque: Plenum.
- HIBBERT, G. A. (1984) – «Ideational components of anxiety: Their origin and content», *British Journal of Psychiatry*, 144, 618-624.
- IVEY, A. E. (1986) – *Developmental therapy: Theory into practice*, São Francisco: Jossey-Bass.
- IVEY, A. E. (1990) – *Developmental strategies for helpers: Individual, family and network interventions*, Monterey, CA: Brooks/Cole.
- 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.
- IVEY, A. E., GONÇALVES, O. F. e IVEY, M. B. (1989) – «Developmental therapy: Theory and practice», in O. F. Gonçalves (ed.), *Advances in the cognitive therapies: The constructive-developmental approach*, Porto: APPORT.
- JANSSON, L. e OST, L. G. (1982) – «Behavioral treatments of agoraphobia: An evaluative review», *Clinical Psychology Review*, 2, 311-336.
- JOYCE-MONIZ, L. (1985) – «Epistemological therapy and constructivism», in M. J. Mahoney e A. Freeman (eds.), *Cognition and psychotherapy*, Nova Iorque: Plenum.
- JOYCE-MONIZ, L. (1988) – «Self-talk, dramatic expression and constructivism», in C. Perris, I. Blackburn e H. Perris (eds.), *Cognitive psychotherapy: Theory and practice*, Heidelberg: Springer-Verlag.
- JOYCE-MONIZ, L. (1989) – «Structures, dialectics and regulation of applied constructivism: From developmental psychopathology to individual drama therapy», in O. F. Gonçalves (ed.), *Advances in the cognitive therapies: The constructive-developmental approach*, Porto: APPORT.
- KITCHNER, K. S. (1983) – «Cognition, metacognition and epistemic cognition», *Human Development*, 26, 222-232.
- KRAMER, D. A. (1983) – «Post-formal operations? A need for further conceptualization», *Human Development*, 26, 91-105.
- LADER, M. H. e WING, L. (1964) – «Habituation of the psycho-galvanic reflex in patients with anxiety states and normals subjects», *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 27, 210-218.
- LANG, P. J. (1985) – «The cognitive psychophysiology of emotion: Fear and anxiety», in A. H. Tuma e J. D. Maser (eds.), *Anxiety and anxiety disorders*, Hillsdale, N. J.: Lawrence Erlbaum.
- LIOTTI, G. (1986) – «Structural cognitive therapy», in W. Dryden e W. L. Golden (eds.), *Cognitive-behavioral approaches to psychotherapy*, Londres: Harper & Row.
- MAHONEY, M. J. (no prelo) – *Human change processes: notes on the facilitation of personal development*, Nova Iorque: Basic Books.
- MARKS, I. (1971) – «Phobic disorders four years after treatment: A prospective follow-up», *British Journal of Psychiatry*, 118, 683-686.
- MARKS, I. M. (1969) – *Fear and phobias*, Londres: Heinemann.
- MATHEWS, A. e MacLEOD, C. (1987) – «An information-processing approach to anxiety», *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 105-115.
- MAVISSAKALIAN, M., MICHELSON, L., GREENWALD, D., KOMBLITH, S. e GREENWALD, M. (1983) – «Cognitive-behavioral treatment of agoraphobia: Paradoxical intention vs. self-statement training», *Behavior Research and Therapy*, 21, 75-86.
- McPHERSON, F. M., BROUGHAM, L. e McLAREN, S. (1980) – «Maintenance of improvement in agoraphobic patients treated by behavioral methods: Four year follow-up», *Behavior Research and Therapy*, 18, 150-152.
- MEICHENBAUM, D. (1985) – *Stress inoculation training*, Nova Iorque: Pergamon.
- MEICHENBAUM, D. e GILMORE, J. B. (1984) – «The nature of unconscious processes: A cognitive-behavioral perspective», in K. S. Bowers e D. Meichenbaum (eds.), *The unconscious reconsidered*, Nova Iorque: Wiley.
- MOSHMAN, D. e HOOVER, L. M. (1989) – «Rationality as a goal of psychotherapy», *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 3, 31-51.
- MOWRER, O. H. (1940) – «Anxiety reduction and learning», *Journal of Experimental Psychology*, 4, 497-516.
- MOWRER, O. H. (1960) – *Learning theory and behavior*, Nova Iorque: Wiley.



- MUNBY, J. e JOHNSTON, D. W. (1980) – «Agoraphobia: The long-term follow up of behavioural treatment», *British Journal of Psychiatry*, 137, 418-427.
- NEIMEYER, G. J. e NEIMEYER, R. A. (eds.) (1987) – *Personal construct therapy casebook*, Nova Iorque: Springer.
- PIAGET, J. (1975) – *L'équilibration des structures cognitives*, Paris: PUF.
- PIAGET, J. e INHELDER, B. (1968) – *La psychologie de l'enfant*, Paris: PUF.
- RACHMAN, S. (1980) – «Emotional processing», *Behavior Research and Therapy*, 18, 51-60.
- RACHMAN, S. (1983) – «The modification of agoraphobic avoidance behavior: Some fresh possibilities», *Behavior Research and Therapy*, 21, 567-574.
- RACHMAN, S. (1984) – «Agoraphobia: a safety-signal perspective», *Behavior Research and Therapy*, 22, 59-70.
- REDA, M. A. (1986) – *Sistemi cognitivi complessi e psicoterapia*, Roma: NIS.
- RIEGEL, K. F. (1973) – «Dialectic operations: The final period of cognitive development», *Human Development*, 16, 371-381.
- SAFRAN, J. D., VALLIS, T. M., SEGAL, Z. V. e SHAW, B. F. (1986) – «Assesment of core cognitive processes in cognitive therapy», *Cognitive Therapy and Research*, 8, 333-347.
- SILVA, P. e RACHMAN, S. (1981) – «Is exposure a necessary condition for fear reduction?», *Behavior Research and Therapy*, 19, 227-232.
- WATSON, J. B. e RAYNER, R. (1920) – «Conditioned emotional reactions», *Journal of Experimental Psychology*, 3, 1-14.
- WEINSTEIN, G. e ALSCHULER, A. S. (1985) – «Educating and counseling for self-knowledge development», *Journal of Counseling and Development*, 64, 19-25.
- WILLIAMS, S. L. (1985) – «On the nature and measurement of agoraphobia», *Progress in Behavior Modification*, 19, 109-144.
- WILLIAMS, S. L. (1987) – «On anxiety and phobia», *Journal of Anxiety Disorders*, 1, 161-180.
- WILLIAMS, S. L. e RAPPOPORT, A. (1983) – «Cognitive treatment in the natural environment for agoraphobics», *Behavior Therapy*, 14, 299-313.
- WOLPE, J. (1952) – «Experimental neuroses as learned behavior», *British Journal of Psychology*, 40, 243-268.
- WOLPE, J. e ROWAN, V. C. (1988) – «Panic disorder: A product of classical conditioning», *Behaviour Research and Therapy*, 26, 441-450.

## RESUMO

*Depois de tecer algumas considerações introdutórias acerca de várias teorias comportamentais e cognitivas de conceptualização e tratamento do distúrbio de pânico com agorafobia, o autor apresenta os princípios gerais da abordagem cognitivo-desenvolvimental e descreve a sua aplicação na conceptualização e tratamento do caso clínico José.*

## ABSTRACT

*After some introductory remarks about different cognitive-behavioral theories of panic disorder with agoraphobia, the author presents the main assumptions of the cognitive-developmental approach and describes its application in the conceptualization and treatment of the clinical case José.*

## RESUMO

*Depois de tecer algumas considerações introdutórias acerca de várias teorias comportamentais e cognitivas de conceptualização e tratamento do distúrbio de pânico com agorafobia, o autor apresenta os princípios gerais da abordagem cognitivo-desenvolvimental e descreve a sua aplicação na conceptualização e tratamento do caso clínico José.*

## ABSTRACT

*After some introductory remarks about different cognitive-behavioral theories of panic disorder with agoraphobia, the author presents the main assumptions of the cognitive-developmental approach and describes its application in the conceptualization and treatment of the clinical case José.*