

**INFLUÊNCIA DAS DISTORÇÕES COGNITIVAS NO
FUNCIONAMENTO COGNITIVO DO PACIENTE**

Jéssica Gabriela da Silva
Amanda Angonese Sebben

Resumo

No modelo cognitivo comportamental, parte-se da premissa de que não é uma situação por si só que determina o que as pessoas sentem, mas o modo como elas interpretam determinada situação. Sugerindo assim, a necessidade de maior compreensão do funcionamento cognitivo do paciente, mais precisamente, das suas crenças nucleares, intermediárias e dos pensamentos automáticos.

As crenças nucleares são consideradas pelas pessoas, como verdade plena, crenças que se referem a si mesmas, sendo elas, regras globais e absolutas, para interpretação das informações ambientais relativas à autoestima, como a exemplo: "eu sou um fracasso" ou "eu sou burro". As crenças intermediárias, se referem as regras condicionais, como afirmações do tipo que influenciam a autoestima e regulação emocional, como exemplo: "tenho de ser perfeito para ser aceito" ou "se eu trabalhar duro, conseguirei ter sucesso". E os esquemas simples, estes considerados como pensamentos automáticos, ou seja, são identificados de maneira mais acessível, como a exemplo de respostas rápidas diante determinadas situações, sendo elas, consideradas como esquemas adaptativos e desadaptativos. (BECK, 2011)

Todavia, para este resumo, buscou-se o enfoque sobre os esquemas desadaptativos, para tanto, a influência das distorções cognitivas no funcionamento cognitivo do paciente. A citar, dentre algumas distorções cognitivas têm-se: a) leitura mental: achar que sabe o que os outros pensam, sem ter evidências; b) previsão do futuro: fazer previsões somente negativas para o futuro, envolvendo fracasso ou perigo; c) catastrofização: acreditar que um acontecimento é terrível e insuportável; d) rotulação: atribuir traços negativos que englobam a pessoa completamente; e) desqualificação do positivo: menosprezar aspectos positivos de si ou dos outros; f) filtro negativo: enxergar somente a faceta negativa da pessoa ou situação; g) generalização: padrão global negativo baseado em um único evento; h) pensamento dicotômico: avaliar fatos e pessoas em termos de tudo ou nada; i) "deveria": enfatizar como as coisas deveriam ser em vez de perceber o que são; j) personalização: atribuir somente a si a culpa por fatos negativos; k) culpabilizar: considerar somente outra pessoa como fonte de suas emoções negativas; l) comparações injustas: estabelecer padrões irrealistas, comparando-se com níveis muito superiores; m) lamentação: enfatizar exageradamente o que poderia ter feito invés do que pode fazer agora; n) E se?: fazer mil e uma conjecturas "se isso ou aquilo acontecer" e nunca se dar por satisfeito e seguro; o) incapacidade de refutar: negar evidências que contradizem os pensamentos negativos; p) julgamento: avaliar tudo em termos de bom, mau, superior, inferior, exagerando nos julgamentos. (LEAHY, 2006)

Os erros cognitivos ocorrem no curso do pensamento e acabam sendo responsáveis por muito sofrimento pessoal e dificuldades de relacionamentos. No entanto, ao modificar os padrões de pensamentos disfuncionais, altera-se a forma como o paciente vê a si, aos outros e ao futuro. Trabalhar com o conceito de erro cognitivo ajuda o paciente a perceber que o seu pensamento automático pode estar distorcido, ou seja, podendo estar equivocado. Assim, no momento em que o paciente identifica um erro cognitivo, pode rejeitar a inferência que levou ao erro, ou usar técnicas cognitivas para questionar a validade do mesmo (DOBSON, 2010).

A descrição e a nomeação dos erros cognitivos de pensamento, facilitam o reconhecimento e o trabalho com o paciente, pois esse, terá maior clareza de como está percebendo determinada situação, podendo substituir por uma resposta mais adaptativa.

Para Beck (2011), o modelo cognitivo afirma que a interpretação de uma situação, ao invés da situação em si, expressada através de pensamentos automáticos, influencia as respostas emocionais, comportamentais e fisiológicas do indivíduo. Pensamentos, estes que podem ser avaliados de acordo com sua validade e utilidade frente à situação vivenciada. Sendo assim, o tipo mais comum de pensamento automático é aquele distorcido de alguma maneira, e ocorre independentemente das evidências objetivas ao contrário.

Um segundo tipo de pensamento automático pode ser algum mais preciso, porém a conclusão que o paciente tem, pode estar distorcida, à exemplo: "Joana não fez o que prometeu", este é um pensamento válido, todavia a conclusão: "Então Joana é uma pessoa ruim", não se faz válido. Um terceiro tipo de pensamento considerado preciso, porém disfuncional, tem como exemplo: Joana estudava para prova quando pensou: "Levarei horas para concluir isso, e ficarei acordada até muito tarde". Por mais de o pensamento estar correto, a resposta a ele causa ansiedade, reduzindo sua concentração e motivação, passando a ser um pensamento disfuncional. Ao examinar criticamente e corrigir os erros de seus próprios pensamentos, os pacientes passam a sentirem-se melhores, ou seja, identificar, avaliar e responder aos pensamentos automáticos de formas mais adaptativas e de modo regular, produz uma mudança positiva ao paciente. (BECK, 2011)

Corroborando, Dobson, (2010), sugere que ao estabelecer com o paciente uma relação entre seus pensamentos em diferentes situações e as respostas a elas, é possível incentivá-los a começar prestar mais atenção a padrões parecidos de respostas. O profissional, tem como objetivo identificar tais mudanças e ajudar os pacientes a perceberem quando estes ocorrem, para assim, ampliar a consciência sobre as próprias mudanças cognitivas e comportamentais de seus pacientes. Estes que se beneficiam do que lhes é

ensinado sobre tais relações e estratégias, que diretamente modificam suas cognições desadaptativas para mais adaptativas. Para Dobson (2010), através da hipótese de que os pacientes podem distorcer a realidade, e que tais distorções estão relacionadas às crenças nucleares e esquemas que sustentam, é possível construir uma base de provas com princípios fundamentais demonstrados através de algumas técnicas, auxiliando o paciente a perceber que seu pensamento até pode parecer estar correto, mas há a possibilidade de estar distorcido.

Com isso, Leahy (2006), sugere o possível uso de variadas técnicas para melhor identificação e compreensão do funcionamento cognitivo do paciente, a citar: Avaliação do grau de crença e identificação e quantificação das emoções; Análise de custo-benefício; Exame de evidências; Exercício da seta descendente; Avaliação da qualidade da evidência em questão; Exercício do duplo padrão; Observação a partir da sacada; Reformulação da história; Identificação dos pontos de tensão; Diário das emoções; Desenvolvimento de novas maneiras de avaliar uma qualidade; Teste das previsões negativas; Automonitoramento das preocupações; Fazer progressos ao invés de tentar a perfeição.

Não se detendo somente as descritas, mas com todas as disponíveis aos psicólogos cognitivos-comportamentais, é possível auxiliar o paciente a construir respostas mais adaptativas frente às suas distorções cognitivas, proporcionado assim, maior bem estar psicológico, ressignificação frente às situações que lhe causam sofrimento e, possibilitando, através da psicoeducação, orientar o paciente a ser seu próprio terapeuta, desenvolvendo com ele, a prevenção de recaídas.

Para tanto, a influência das distorções cognitivas no funcionamento cognitivo do paciente, podem se fazer presentes, e o trabalho do psicólogo cognitivo comportamental, se faz de extrema relevância para uma melhor compreensão do funcionamento e para construção de esquemas mais adaptativos ao paciente, proporcionando-lhes melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS:

BECK, Judith S. Terapia cognitiva : teoria e prática. Porto Alegre: Artmed, 2011

DOBSON, Deborah. A terapia cognitivo-comportamental baseada em evidências. Porto Alegre: Artmed, 2010.

LEAHY, Robert L. Técnicas de terapia cognitiva: manual do terapeuta. Porto Alegre: Artmed, 2006

E-mails:

jessicagabriela.psi@gmail.com

amanda.angonese@unoesc.edu.br