

Construção e Modificação de Significações Ansiogêneas em Processos de Saúde e Doença (*)

JOAQUIM REIS (**)

1. INTRODUÇÃO

A construção de significações sobre o estado de saúde parece ser uma característica humana natural. Esta actividade é de tal modo generalizada que existe um sem número de metáforas sobre processos de doença as quais se ligam ao contexto sócio-cultural de cada época e sociedade (Sontag, 1991). As avaliações subjectivas dos sintomas, as interpretações das causas e das evoluções da doença, a implementação e a modificação de estilos de vida ou a decisão em aderir às recomendações médicas representam processos de construção de significações sobre processos de doença e de tratamento (Reis, 1992). Mechanic (1986) designou estes processos de reflexão pessoal por *comportamento doente*. Estas significações ou interpretações de processos de saúde e doença podem mesmo influenciar a evolução desses processos. De facto, diversas investigações empíricas têm demonstrado que as significações pessoais estão na base do bem-estar psicológico e na facilitação dos processos de promoção de saúde, assim como

nos de recuperação e reabilitação da doença (e.g., Antonovsky 1979; Aron & Aron, 1987; Cohen & Lazarus, 1979; Kobasa, Maddi & Kahn, 1982; Laderman, 1987).

Este artigo incide nas significações que as pessoas constroem sobre o seu estado de saúde e que resultam em expressões emocionais de tipo ansiogêneo. São ilustrados métodos comportamentais-cognitivos e construtivistas-desenvolvimentistas para a sua prevenção e modificação. Paralelamente, são referidas as principais diferenças entre estes dois tipos de métodos com base em três critérios: (1) níveis de desenvolvimento de significação; (2) estatuto epistemológico do terapeuta; e (3) confronto didáctico.

2. REPRESENTAÇÕES SUBJECTIVAS DE SINTOMAS/PROCESSOS DE DOENÇA

Todas as pessoas experenciam alterações somáticas. Enxaquecas, aumento do batimento cardíaco, tensão muscular, dores, são sensações corporais familiares a todas as pessoas. Estas sensações costumam ser designadas *sintomas físicos*. Contudo, ao contrário do que a designação parece sugerir, esses sintomas são algo mais do que uma sensação física *pura*. Um dos mais conhecidos investigadores neste domínio, refere que uma sensação ou sintoma físico «é uma percepção, um sentimento ou mesmo uma crença

(*) Toda a correspondência relativa a este artigo deve ser enviada para Joaquim Reis, Associação Portuguesa de Psicoterapia Cognitiva, Rua Prof. Francisco Gentil, 38, 6M, 1600 Lisboa.

(**) Doutorado em Psicologia-Psicoterapia e Aconselhamento pela Universidade de Lisboa.

sobre um estado do nosso corpo. A sensação é frequentemente, mas nem sempre, baseada na actividade fisiológica. Acima de tudo, um sintoma físico ou uma sensação representa informação sobre um estado interno» (Pennebaker, 1982, p.1).

Como se vê, um sintoma físico não corresponde exactamente ao que se passa nos processos corporais. Com efeito, de acordo com a sua personalidade, cada pessoa adiciona um elemento de construção pessoal ou de subjectividade às sensações somáticas. Por vezes, estas sensações são vagas e imprecisas propiciando variadas interpretações sobre as suas causas e consequências: «frequentemente existe uma disparidade entre aquilo que pensamos que está a ocorrer nos nossos corpos e aquilo que ocorre objectivamente» (Pennebaker, op. cit. p. xvii).

A representação dos sintomas corporais é, pois, modulada por factores sócio-cognitivos o que faz com que a consciência de alterações corporais raramente corresponda a um espelho das mudanças fisiológicas que realmente ocorrem. As pessoas constroem hipóteses sobre as suas sensações e atribuem-lhes um significado pessoal de acordo com as suas vivências passadas ou presentes. Por exemplo, cerca de 70% dos estudantes do primeiro ano do Curso de Medicina atribuem significações às suas sensações somáticas de acordo com uma das doenças que estão a estudar (Hunter et al., 1964; Woods et al., 1966).

A percepção dos estados corporais internos é um processo contínuo e activo no sentido em que as estruturas cognitivas de cada pessoa influenciam as suas percepções dos sintomas. Neste sentido, Leventhal, Nerenz e Steele (1984) conceberam um modelo cognitivista de representação de processos de doença. Incide nas significações que as pessoas constroem sobre as alterações percebidas no seu estado de saúde e nas atitudes e emoções que as acompanham. Segundo este modelo, o processamento da informação sobre alterações percebidas do estado de saúde opera em três fases: (1) representação subjectiva do problema de saúde e da expressão emocional concomitante; (2) desenvolvimento e execução de processos de confronto para fazer face ao problema de saúde e à expressão emocional; e (3) avaliação das consequências do confronto.

O processamento das significações sobre

alterações sintomáticas inicia-se quando a pessoa se apercebe dessas alterações. Por exemplo, uma pessoa nota uma sensação dolorosa na região frontal da cabeça. Pode-se atribuir essa sensação a várias causas (e.g., excesso de álcool que ingeriu num almoço com amigos; existência de um tumor). Estas atribuições causais conduzem a emoções diferentes (e.g., tristeza, ansiedade). Por seu lado, o processo de confronto escolhido vai estar em sintonia com a significação pessoal desse acontecimento. Por exemplo, se a pessoa achar que a dor de cabeça se relaciona com a ingestão de álcool pode decidir tomar uma aspirina; contudo, se pensar que se relaciona com um tumor maligno pode decidir consultar um médico. É claro, pois, que consoante a interpretação atribuída aos sintomas assim vai ser o processo de confronto ou as acções escolhidas pela pessoa para fazer face à alteração do seu estado de saúde (Cohen & Lazarus, 1979).

As interpretações subjectivas de alterações do estado de saúde não apenas determinam as reacções emocionais concomitantes e os processos de confronto adoptados, como a evolução da própria doença. Por exemplo, num estudo já clássico, Lipowski (1970) identificou oito estilos ou tipos de significação de pacientes face a processos de doença: (a) *desafio* (i.e., a doença é vista como uma situação que exige a realização de algumas tarefas); (b) *inimiga* (i.e., uma invasão de forças do mal); (c) *punição* (i.e., justa ou injusta); (d) *fraqueza* (i.e., um sinal de fraqueza); (e) *alívio* (i.e., dispensa das exigências e conflitos da vida); (f) *estratégia* (i.e., a doença permite ter a atenção das outras pessoas); (g) *perda ou dano irreparável*; (h) *valor* (i.e., uma oportunidade para o desenvolvimento pessoal). Os estilos *desafio* e *valor* relacionam-se com o bem-estar psicológico e «confronto adaptativo». Pelo contrário, os estilos *inimiga*, *punição*, *alívio* e *estratégia* estão associados com a ocorrência de sintomas psicológicos e «confronto desadaptado» (Schussler, 1992). Outras investigações empíricas confirmam que a diferentes estilos de significação correspondem processos de recuperação da doença diferentes (Kimball, 1969; Radley & Green, 1985).

3. REPRESENTAÇÕES ANSIOGÊNEAS DE PROCESSOS DE SAÚDE E DOENÇA

Um episódio de doença pode ser concebido

como uma crise de vida (Moos, 1982) ou uma situação de *stress* (Cohen & Lazarus, 1979). Esta crise pode resultar da avaliação de uma ameaça à vida ou ao bem-estar pessoal. Por exemplo, um doente cardíaco percebe que já não pode seguir um estilo de vida idêntico ao que tinha antes da doença. Avaliações de incerteza e de ambiguidade face ao seu futuro poderão provocar reacções de ansiedade. De facto, quando a pessoa se vê face a um processo de doença não deixa de reflectir sobre o mesmo. Haan (1979) refere algumas das questões que os pacientes se colocam: Quais os riscos desta doença para a minha vida? É uma doença irreversível? O que aconteceu a outras pessoas que também tiveram esta doença? Este médico será competente?

Com base na literatura deste domínio parecem ocorrer três conteúdos significativos em pessoas doentes (Cohen & Lazarus, 1979): (a) de injúria/perda (i.e., males ou danos que já ocorreram); (b) de ameaça (i.e., injúria antecipada), e (c) de desafio (i.e., a pessoa pensa nos potenciais ganhos da situação e não apenas nos aspectos negativos ou nos riscos). Estas significações podem levar a reacções emocionais ansiogéneas e/ou depressogéneas. Por exemplo, um paciente que constata uma perda de capacidade para trabalhar e para fazer a vida do dia-a-dia pode sentir-se triste ou depressivo. Outro paciente, que tem sérias dúvidas sobre o êxito do tratamento, pode sentir-se ansioso. O tipo de expressão emocional manifestada pelo paciente está de acordo com os conteúdos das suas significações. Quais são, então, os conteúdos significativos das reacções de ansiedade em processos de saúde e doença?

Cohen e Lazarus (1979) e Viney e Westbrook (1982) sintetizaram os conteúdos das significações ansiogéneas das pessoas face a alterações percebidas do estado de saúde e a processos de tratamento: (a) ameaças à vida e medo de morrer; (b) ameaças à integridade física e à qualidade de vida (e.g., alterações físicas permanentes; mutilações; dores); (c) ameaças à auto-estima e ao futuro (e.g., incerteza sobre a evolução da doença e sobre o futuro; perda da autonomia e controlo); (d) ameaças ao equilíbrio emocional; (e) ameaças à capacidade de fazer a vida do dia-a-dia (e.g., separação da família; perda de papéis sociais); (f) ameaças envolvendo a necessidade de adaptação a novos ambientes físicos e sociais (e.g., adaptação ao ambiente hospitalar;

dificuldades de compreensão da terminologia médica); (g) preocupações vagas ou sentimentos de culpa (e.g., sentimentos de incompetência e solidão).

Assim, significações de medo ou de ameaça parecem estar subjacentes às reacções de ansiedade face a alterações percebidas do estado de saúde. De facto, segundo o modelo cognitivo de Beck (Beck, 1976; Beck & Emery, 1985) significações de perigo e de ameaça estão na base das reacções ansiogéneas. As preocupações e as respostas da pessoa em relação ao perigo constituem o elemento mais importante dos distúrbios de ansiedade. Os sintomas que acompanham estes distúrbios são considerados respostas inapropriadas, baseadas em dois tipos de avaliações: (a) a pessoa faz uma estimativa excessiva da ameaça ou da probabilidade do dano; (b) a pessoa subestima a sua competência para confrontar a situação com eficácia. Neste sentido, para se compreender a ansiedade é necessário identificar as distorções cognitivas da pessoa, representadas nos pensamentos e nas imagens relativas à situação: «O paciente ansioso presta atenção selectiva a estímulos que indicam a possibilidade do perigo e ignora estímulos que indicam que não existe perigo. Faz inferências arbitrárias e generaliza. Preocupa-se com os próprios sintomas de ansiedade e fixa-se em pensamentos sobre a morte e outras catástrofes» (Beck & Emery, 1985, p. 29)

Beck e Emery (1985) sistematizaram as distorções ou erros cognitivos típicos que levam a reacções emocionais perturbadoras. A seguir dão-se exemplos dessas distorções em pacientes de cirurgia: (1) *Pensamento dicotómico*. Um paciente pode avaliar os seus sintomas físicos ou os efeitos do tratamento em termos dicotómicos. O paciente acha que depois da operação ou fica totalmente curado ou então não vale a pena submeter-se à cirurgia. Assim, apesar da cirurgia a que foi submetido ter corrido bem e o seu estado de saúde ter evoluído positivamente, segundo critérios médicos, o doente acha que a operação foi um insucesso. (2) *Generalização*. O paciente conclui, de forma arbitrária, que como os tratamentos que fez até ao momento da cirurgia não tiveram resultados positivos, então a operação também será um insucesso (e.g., «até agora nenhum tratamento me fez bem. Já não acredito que alguma coisa me faça bem!»). (3) *Ignorar o*

positivo. O paciente minimiza os aspectos positivos do seu estado de saúde e maximiza os sintomas. Por exemplo, o doente esquece todas as actividades que a doença lhe permite fazer e pensa apenas naquelas para as quais está impossibilitado (e.g., «esta doença é horrível! Não consigo fazer nada que gosto»). (4) *Catastrofização*. O doente torna os seus sintomas e a sua doença pior do que são realmente. Por exemplo, pode acreditar que o internamento hospitalar é a pior coisa que lhe pode acontecer. Ou que uma dor de cabeça é algo de horrível e insuportável. (5) *Abstracção selectiva*. O doente presta atenção apenas a um sintoma que ainda persiste depois da operação e não repara na melhoria do seu estado geral.

Em síntese, as representações de processos de saúde e doença podem levar a reacções ansiogéneas. E, na base das mesmas, estão significações de perigo e de ameaça. Assim, uma pessoa doente pode ficar ansiosa porque constrói uma representação ansiogénea sobre o seu processo de doença. Ou, então, uma pessoa saudável pode ficar ansiosa porque crê que tem uma doença, como acontece no distúrbio hipocondríaco. Segundo o DSM III (1986) neste distúrbio «a perturbação predominante é uma interpretação irrealista de sinais ou sensações físicas anormais, conduzindo o indivíduo ao medo ou à convicção de ter uma doença grave» (p. 238).

Neste distúrbio, são evidentes as significações de perigo ou de ameaça. Com efeito, a pessoa tem medo ou está convencida de ter uma doença grave. E, tal como preconiza o modelo beckiano, estas significações constituem uma distorção da realidade (i.e., sinais ou sintomas físicos). Precisamente porque as significações individuais parecem ter uma importância fundamental neste tipo de distúrbio, Warwick e Salkovskis (1989) desenvolveram um modelo comportamental-cognitivo para o explicar. Sistematizaram as características clínicas e psicológicas principais da hipocondria: (1) preocupação com o estado de saúde; (2) patologia orgânica insuficiente que possa dar conta das preocupações expressas pelo paciente; (3) atenção selectiva a alterações ou características somáticas; (4) interpretação negativa de sinais ou sintomas físicos; (5) atenção selectiva e descrença nas comunicações médicas e não-médicas; (6) procura persistente de tran-

quilização e informação sobre o estado de saúde e verificação contínua do mesmo.

Segundo os mesmos autores, os pacientes hipocondríacos desenvolvem *pensamentos automáticos* negativos de perigo quando percebem sintomas físicos ou alterações somáticas. Estes pensamentos são, em geral, interpretações distorcidas de variações corporais normais (e.g., variações nas sensações musculares ou nas funções fisiológicas). O paciente crê que estas sensações indicam uma alteração física perigosa ou grave. A evidência para tal crença deriva de significações idiossincráticas sobre o estado de saúde e da persistência dos sintomas, acompanhadas de uma ausência de explicação alternativa.

Em síntese, as pessoas atribuem significações aos seus processos de saúde e doença. Existe, assim, uma representação subjectiva desses processos a qual pode ser mais ou menos ansiogénea consoante os processos idiossincráticos de construção de significações.

4. MODIFICAÇÃO DE SIGNIFICAÇÕES ANSIOGÉNEAS SOBRE PROCESSOS DE DOENÇA

4.1. Métodos comportamentais-cognitivos

Os métodos comportamentais-cognitivos têm sido utilizados com frequência desde a década de setenta em pacientes que padecem de diversos processos de doença (ver Meagher, Jr. 1982; Bradley & Kay, 1985, para uma revisão). A introdução da terapia comportamental-cognitiva no domínio da Psicologia da Saúde resulta de uma insatisfação para com os métodos de condicionamento clássico e operante, prevalentes na Medicina Comportamental (Blanchard, 1977). A terapia comportamental-cognitiva realça, pois, a contribuição das significações individuais na prevenção e modificação de comportamentos e atitudes inadaptables (Bradley & Kay, 1985). De facto, as suas asserções básicas evidenciam o papel fundamental da actividade cognitiva na manutenção e modificação do comportamento: (1) A actividade cognitiva afecta o comportamento; (2) A actividade cognitiva pode ser monitorizada e alterada; (3) Mudanças comporta-

mentais desejadas podem ser efectuadas através de uma modificação cognitiva. (Dobson & Block, 1988, p. 4)

Na década de sessenta numerosas investigações salientaram o papel dos processos mediacionais (i.e., cognitivos) na modificação e manutenção dos comportamentos e atitudes individuais. É o caso, por exemplo, dos trabalhos de Bandura (1969) sobre o papel desses processos na aprendizagem vicariante; de Lazarus (1966) sobre a influência da avaliação cognitiva nas situações de *stress* e do seu confronto; do Modelo de Crença na Saúde (*Health Belief Model*) de Rosenstock (1966) e da teoria cognitivista das emoções de Leventhal (1965). Estas investigações vieram a influenciar os modelos e métodos utilizados posteriormente em Psicologia da Saúde (e.g., Cohen & Lazarus, 1979; Moos, 1982; Turk et al., 1983).

De seguida, serão ilustrados três dos principais métodos utilizados nas terapias comportamentais-cognitivas (i.e., confronto racional; treino de inoculação ao *stress*; treino de resolução de problemas) e sua utilização no domínio da Psicologia da Saúde.

4.1.1. Confronto racional

Neste método, o terapeuta procura identificar e confrontar os pensamentos e as imagens ansiosas do paciente para que sejam substituídas por pensamentos e imagens mais realistas e racionais. Por exemplo, Scott (1989) utiliza este método para modificação de reacções emocionais excessivas em pacientes com cancro. A seguir, apresenta-se um excerto de uma sessão efectuada por este autor com uma paciente de 37 anos. Esta paciente foi submetida a uma mastectomia parcial com reconstrução da mama. Depois de ter ido a uma consulta de radioterapia para *check-up* ficou bastante preocupada e ansiosa. Segundo Scott (1989), era uma altura ideal para conhecer os *pensamentos automáticos* da paciente associados com as suas reacções ansiosas:

Terapeuta (T): (...) Pode contar-me melhor o que aconteceu na clínica?

Paciente (P): Bem, quando lá cheguei estava ansiosa, mas foi muito pior quando se iniciou o *check-up*. O médico parecia muito satisfeito. Disse que já não era preciso fazer radioterapia e

disse que estava «tudo limpo». Comecei a chorar. O médico foi ótimo e tranquilizador, mas comecei a sentir-me irritada...

T: Portanto, sentiu-se perturbada durante o exame. Vamos tentar recuar no tempo e ver se consegue lembrar-se dos pensamentos que teve quando se sentiu perturbada na clínica.

[O terapeuta procura identificar as significações da paciente, isto é, os pensamentos e imagens perturbadoras.]

P: Bem, primeiro que tudo, quando o médico me disse que já não precisava mais de radioterapia senti-me em pânico. Ele estava a dizer que eu não precisava de mais tratamento e pensei: «se o cancro volta, não serei capaz de o controlar.» Depois fiquei aborrecida...

T: O que é que pensou na altura?

P: Suponho que estava muito irritada ... com ele e comigo. Não queria a compaixão dele. (Pausa) «Devo ser forte e confrontar melhor esta situação.»

Nesta altura foi possível identificar as significações sintomáticas da paciente (i.e., «se o cancro volta, não serei capaz de o controlar»; «Devo ser forte e confrontar melhor esta situação»). De seguida, o terapeuta confronta estas significações, através da sua análise racional.

T: Primeiro, podemos olhar para a evidência que apoia a crença de que você não tem controlo sobre aquilo que lhe acontece. Se analisarmos os eventos ou actividades que fez nos últimos três dias quais é que foram controladas por si e quais foram controladas externamente?

P: Bem, acho que controlei mais coisas do que aquilo que penso. De facto, existem muito mais coisas que são controladas por mim do que por outras pessoas. É capaz de ser melhor concentrar-me naquilo que posso controlar.

T: Isso parece ser verdade nos últimos três dias. E centrar-se tanto naquilo que você não consegue controlar fá-la sentir-se ansiosa e sem esperança. Como é que se chama esse tipo de distorção ou erro cognitivo?

P: Abstracção selectiva. (Ri) E antes que pergunte, também estava a generalizar excessivamente!

T: Correcto. (Paciente e Terapeuta riem). Há mais alguma coisa que queira dizer?

P: O que pretende dizer?

T: O controlo é sempre interno ou sempre externo?

P: Ah, quer dizer que eu estava outra vez a raciocinar em termos de preto ou branco?

T: É isso, muitas vezes existem graus diferentes de controlo.

Segundo Scott (1989) a paciente retirou as seguintes conclusões desta sessão: (a) «tenho algum grau de controlo sobre 75% dos eventos ou das actividades em que participo»; (b) «O controlo não é um fenómeno de tudo ou nada. Em diferentes situações tenho diferentes graus de controlo.» A paciente adquiriu, pois, novas significações, racionais, que substituíram as ansiosas.

4.1.2. Treino de inoculação ao *stress*

Este método tem sido utilizado, por exemplo, na prevenção de reacções emocionais excessivas em pacientes de cirurgia ou para o controlo da dor (e.g., Janis, 1983; Turk, Meichenbaum & Genest, 1983). Segundo Janis (1983) este treino pretende transmitir ao paciente certas «recomendações e tranquilizações realistas para o preparar para o confronto com situações de perigo ou de perda iminentes» (p. 67). Pretende-se aumentar a tolerância do paciente a situações perturbadoras de modo a que as consiga enfrentar de forma adaptada. É, pois, uma estratégia terapêutica preventiva de emoções excessivas.

Este método é composto por três fases.

1.ª fase: educativa/didáctica

O paciente recebe informação sobre o tratamento a que vai ser submetido (e.g. consequências para o estado de saúde; sensações que provoca). Paralelamente, introduz-se uma didáctica sobre o papel das cognições (i.e., auto-verbalizações ou monólogos) nas reacções de *stress*. Para ilustrar uma didáctica deste tipo, a seguir apresenta-se um diálogo entre um terapeuta e um paciente.

Terapeuta (T): todas as pessoas num ou noutro momento das suas vidas já se sentiram ansiosas. Todos nós estamos familiarizados com a ansiedade. Dores de cabeça, dores no peito, acelerações do ritmo cardíaco, palpitações, tonturas, dificuldades de respiração e de concentração, confusões, insónias, dificuldades em falar etc. são manifestações típicas das reacções de ansiedade. A ansiedade alerta-nos para o perigo, para as ameaças à nossa integridade física e mental.

Não é a ansiedade que é nociva mas o excesso de ansiedade! Pouca ansiedade faz-nos agir; demasiada ansiedade leva-nos a fazer mal as coisas, a ver perigos onde eles não existem, a desistir de fazer as coisas! Mas o que é que provoca a ansiedade? O que é que nos leva a sentir ansiosos? Por exemplo, imagine um doente internado no hospital para fazer uma operação e que acaba de saber da morte de um colega seu durante a operação. Os seus pensamentos nessa altura são: «Vai acontecer-me o mesmo! Não tenho safa!» Como é que acha que ele se sente?

Paciente (P): Nervoso... sente-se mal.

T: Acha que se sente triste ou ansioso?

P: Ansioso... está com medo.

T: E porque é que o doente se sente ansioso?

P: Porque soube da morte do colega.

T: E o que é que ele pensou quando soube da notícia?

P: Pensou que ia morrer... que também lhe podia acontecer o mesmo...

T: Exactamente. E foi esse pensamento que o fez sentir ansioso?

P: Sim, foi por pensar que ia morrer... ou que podia morrer.

T: Correcto! Imagine agora outro doente que ao receber a notícia da morte do colega pensa: «Coitado! As coisas não lhe correram bem! No meu caso as coisas vão correr melhor. A minha doença é diferente da dele! O facto de ele ter morrido não quer dizer que me aconteça o mesmo. As probabilidades de ocorrer alguma coisa de mau são mínimas.» Como é que acha que este doente se sente?

P: Nem bem, nem mal... Possivelmente quando soube da noticia talvez se sentisse um pouco triste, teve pena do colega... mas passou-lhe logo...

T: Porque é que este paciente não se sentiu ansioso?

P: Porque não pensou em desgraças, como fez o outro... Pensou que a doença dele era diferente e que as coisas iam correr bem...

T: Exactamente! São os pensamentos e as expectativas de perigo, de ameaça ou de desgraça que conduzem a reacções de ansiedade. A pessoa crê que uma determinada situação é perigosa e que ameaça o seu bem-estar. Para combater ou eliminar a ansiedade em excesso devemos conhecer os pensamentos que levam a essa ansiedade. Estar atento a esses pensamentos per-

mite-nos controlar o «nervosismo». De facto, os doentes sentem-se ansiosos quando têm pensamentos e expectativas de perigo: «E se a operação correr mal?»; «E se eu não me der bem com a anestesia?»; «Vai-me acontecer alguma desgraça!»; «Quando o meu coração bate muito depressa estou certo que vou ter um ataque cardíaco!» Estes pensamentos antecipam ameaças e perigos ao bem-estar pessoal. Os doentes que assim pensam acreditam realmente que pode vir a acontecer algo de mau. Transformam uma expectativa numa coisa real! Contudo, uma análise mais cuidada da situação acaba por nos mostrar que de facto existem poucas probabilidades que essas consequências negativas ocorram realmente. Por exemplo, se a pessoa acredita que vai ter um ataque cardíaco, acabará por viver a situação como se de facto tivesse ocorrido. Ao mesmo tempo, minimiza a sua própria capacidade ou competência para lidar com aquilo que teme. Por outras palavras, a pessoa interpreta ou antecipa a realidade de forma errada e distorcida, de modo que acaba por se sentir ansiosa por perigos que não existem ou com os quais poderia lidar eficazmente se não estivesse tão perturbada com o seu nervosismo.

Por isso, a melhor maneira de combater a ansiedade em excesso consiste em conhecer os pensamentos e as expectativas que conduzem a essa ansiedade. Embora, a um primeiro olhar, estes pensamentos pareçam verdadeiros, racionais, lógicos, depois de olharmos melhor para eles constatamos que são irracionais, ilógicos, distorcidos. Uma forma de ajudar a conhecer os pensamentos que temos quando estamos ansiosos, consiste em estarmos atentos às impressões, ao medo e às sensações que sentimos quando estamos ansiosos.

2.ª fase: ensaio ou treino de aptidões de confronto

Nesta fase, pretende-se que o paciente adquira e pratique aptidões de confronto adaptativas (e.g., exercícios de relaxamento, auto-verbalizações de confronto e de auto-reforço). De seguida, exemplifica-se o treino de auto-verbalizações de confronto e de auto-reforço (adaptado de Meichenbaum, 1977).

Preparação

– Que tens de fazer para não ficares ansioso com a operação?

– Pensa no que podes fazer. É melhor do que ficar ansioso!

– Evita os pensamentos negativos. Pensa racionalmente!

– Possivelmente aquilo que pensas que é ansiedade não é mais do que a vontade de fazer face ao perigo e ultrapassá-lo.

Confronto

– Basta que te convenças disso e podes livrar-te do medo.

– A pouco e pouco podes controlar a situação.

– Não penses no medo! pensa apenas no que podes fazer. Toma a iniciativa!

– A tensão que sentes é uma aliada; um sinal para o confronto.

– A ansiedade que estás a sentir é precisamente aquilo que o psicólogo disse que irias sentir. É agora que deves fazer o relaxamento.

– Relaxa. Respira profundamente.

– Ah, que bom!

Confronto com o sentimento de impotência

– Quando sentires o medo faz uma pausa.

– Pensa no aqui e agora. O que tens de fazer?

– Já sabes que inicialmente o medo tende a aumentar, mas depois diminui.

– Não tentes eliminar o medo totalmente; mantém-no apenas a um nível razoável.

Auto-verbalizações de reforço

– Resultou! Conseguiste!

– Não foi tão mau como pensaste!

– As tuas ideias negativas, é aí que está o problema. Quando as controlas, também controlas o medo e a ansiedade.

– Deves sentir-te orgulhoso com o progresso que fizeste!

3.ª fase: aplicação

Nesta fase, os pacientes são expostos às situações ansiogéneas com vista a praticarem aquilo que aprenderam durante o treino.

4.1.3. Resolução de problemas

Este método foi desenvolvido por D' Zurilla e Goldfried (1971) e, nas palavras de um dos seus autores, este treino visa «ajudar o cliente a identificar e resolver problemas correntes e que le-

vam a dificuldades de adaptação. Paralelamente, ensina-se ao cliente aptidões gerais que lhe permitirão, no futuro, lidar de forma mais eficaz e independente com problemas» (D'Zurilla, 1983, p. 104). Os autores identificaram cinco fases na aplicação deste método: (1) orientação geral; (2) definição e formulação do problema; (3) emissão de alternativas; (4) tomada de decisão, e (5) implementação da decisão e verificação das suas consequências. Este método pode ser bastante útil para ajudar pacientes a tomar decisões sobre tratamentos alternativos. Por exemplo, um paciente de 50 anos sofre de uma doença coronária que o impede de realizar uma qualidade de vida satisfatória. O seu médico referiu-lhe que para prevenir um agravamento da doença poderia tentar uma cirurgia embora não tivesse a certeza desta ter melhores resultados do que os do tratamento convencional. O doente encontra-se ansioso porque não sabe o que deve fazer. Face a este quadro clínico o psicólogo pode optar por fazer um treino de resolução de problemas baseado no modelo de D'Zurilla e Goldfried (1971). A seguir faz-se uma breve ilustração do treino aplicado a este paciente.

1. Orientação Geral

Nesta fase o psicólogo discute com o paciente os objectivos do programa terapêutico. Paralelamente, tenta levá-lo a reconhecer os seus problemas, interrogações e indecisões e a categorizá-las. Assim, pode pedir ao paciente que refira problemas gerais que a doença e o tratamento da mesma levantam na sua vida. Posteriormente, deve identificar problemas mais específicos que contribuem mais de perto para o seu mal-estar. O paciente deve aprender a reconhecer e a separar os problemas. Paralelamente, é feita uma distinção entre um estilo de confronto adaptativo, orientado para o problema, e outro inadaptativo, incidindo nas preocupações e expectativas negativas. Por exemplo, o psicólogo verificou que o estilo de confronto do paciente se caracterizava por um evitamento dos problemas, atribuía a doença ao destino e à falta de sorte, em vez de tentar orientar-se para a sua resolução (e.g., «Se não fosse esta porcaria de doença não estava nesta indecisão! Logo agora que o negócio estava a correr bem, havia de acontecer-me isto. Que sorte a minha!»). Face a estas significações, o psicólogo procurou que o paciente

olhasse para os problemas como um desafio, como algo que deve ser resolvido (e.g., «que devo fazer para resolver o meu problema?»; «Será que existem outras alternativas para além daquelas que o médico me falou? Que posso fazer para não me sentir tão ansioso?»).

2. Definição e formulação do problema

Esta fase comporta os seguintes objectivos: (a) reunir o máximo de informação possível acerca do problema; (b) clarificar a natureza do problema; (c) estabelecer um objectivo realista para a resolução do problema e (d) reavaliar a importância do problema para o bem estar.

O psicólogo pode ensinar o paciente a recolher informação objectiva sobre os vários tratamentos disponíveis e evitar informação distorcida. Deste modo, a partir do momento em que o problema está definido de uma forma precisa e objectiva, é natural que o paciente se sinta menos ansioso, pois eliminou muitas distorções e imprecisões. Por exemplo, o psicólogo constatou que o paciente tinha definido o problema de acordo com algumas informações transmitidas por pessoas que conhecia, e que já tinham feito tratamentos semelhantes, tendo negligenciado a informação médica, mais objectiva e adaptada ao seu caso pessoal.

3. Emissão de soluções alternativas

Nesta fase visa-se a emissão do maior número de alternativas. Contudo, estas deverão relacionar-se com o problema definido previamente (e.g., devo falar novamente com o médico; devo falar com a família para saber a opinião deles; devo saber se existe outro tratamento alternativo aos dois propostos pelo médico).

4. Tomada de decisão

Nesta fase o paciente deve avaliar/comparar as soluções alternativas disponíveis e seleccionar a melhor para a resolução do problema. Neste caso, o paciente tenta antecipar as consequências de implementação de cada uma das alternativas em termos dos seguintes parâmetros: (a) sua adequação à resolução do problema; (b) consequências para o bem-estar emocional; (c) tempo e esforços exigidos; (d) consequências para o bem-estar social e pessoal geral. Por outro lado, após a avaliação das soluções alternativas o paciente deve fazer uma verificação final através

de três questões: (1) O problema pode ser resolvido? (2) Necessito de mais informações antes de implementar uma solução? (3) Que solução ou combinação de soluções devo implementar?. Se o problema é considerado irresolúvel e/ou a resposta à segunda questão é positiva, deve reiniciar-se o processo de tomada de decisão.

5. Implementação da decisão e verificação das suas consequências

O objectivo desta fase centra-se na avaliação das consequências da solução implementada e na verificação da sua eficácia ou utilidade relativamente ao problema definido.

4.2. Metodologia construtivista e desenvolvimentista

Antes de exemplificar a utilização de uma metodologia de intervenção construtivista e desenvolvimentista para identificação e controlo de reacções ansiógenas excessivas em Psicologia da Saúde, procurarei referir, muito sinteticamente, as diferenças entre esta metodologia e a comportamental-cognitiva com base em três critérios: (1) níveis de desenvolvimento das significações; (2) estatuto epistemológico do terapeuta; e (3) confronto didáctico. Para maior desenvolvimento ver Reis (1993a).

1. Níveis de desenvolvimento das significações

Como se referiu, a terapia comportamental-cognitiva enfatiza a contribuição das significações individuais na prevenção e modificação de comportamentos e atitudes inadaptables. Por exemplo, nos modelos de Beck (1976) e Ellis (1962;1987) é a significação pessoal de um acontecimento que determina a reacção emocional. Neste sentido, visa-se o estudo dos processos individuais/idiossincráticos de construção de significações. Contudo, numa perspectiva desenvolvimentista, o estudo das significações individuais deve estar integrado nos processos de desenvolvimento psicológico natural (e.g., Ivey, 1986; Ivey & Gonçalves, 1988; Joyce-Moniz, 1989; 1993; Keating & Rosen, 1991).

Por exemplo, o modelo de psicopatologia desenvolvimentista proposto por Joyce-Moniz (1993) integra as significações sintomáticas da patologia cognitiva nas sequências do desenvol-

vimento psicológico formuladas em Psicologia do Desenvolvimento cognitivo e sócio-cognitivo. Assim, o conteúdo das significações ansio-géneas (i.e., perigo e ameaça), identificado pela psicologia cognitiva, e integrado nas sequências que se sucedem ordenadamente ao longo do desenvolvimento psicológico natural. Do mesmo modo, as concepções individuais sobre os processos de doença mudam ao longo do processo de desenvolvimento e podem ser sequenciadas de forma ordenada, inclusiva e predizível, de acordo com os ritmos orgânicos e os limites cognitivos impostos por esse crescimento (Joyce-Moniz & Reis, 1991).

Neste sentido, é possível estabelecer sistemas de significação incidindo em conteúdos de perigo e ameaça (i.e., distúrbios da ansiedade) (Joyce-Moniz, 1989) e em conteúdos relativos a processos de doença (i.e., veracidade/realidade da doença ou dos sintomas; experiência subjectiva da doença e concepções de sintomas da doença; coordenação das significações próprias com as do médico) (Joyce-Moniz e Reis, 1991). No Quadro 1, exemplifica-se o sistema significativo relativo à veracidade/realidade da doença ou dos sintomas, para cinco níveis de desenvolvimento de significação.

2. Estatuto epistemológico do terapeuta

Nos modelos de intervenção comportamentais-cognitivos as significações do terapeuta representam a fonte de referência racionalista e lógica. Pelo contrário, os modelos de intervenção desenvolvimentista tomam como ponto de referência as significações do paciente (Ivey & Gonçalves, 1988; Joyce-Moniz, 1989).

Os objectivos terapêuticos de uma terapia desenvolvimentista de cariz construtivista assentam numa concepção aberta, flexível e integradora do processo de construção de significações. O paciente constrói as suas próprias significações adaptativas. O terapeuta é um facilitador desse processo de crescimento epistemológico, promovendo, no paciente, a reflexão e o exercício metacognitivo (reflexão sobre os seus processos psicológicos e os de outrem) (Joyce-Moniz, 1989). Ultrapassa, pois, a imposição racionalista exercida pelo terapeuta nos modelos comportamentais-cognitivos (Beck et al., 1979; Beck & Emery, 1985; Ellis, 1962; 1987).

QUADRO 1

Níveis de desenvolvimento de significações subjacentes à veracidade/realidade da doença e/ou dos sintomas (em Joyce-Moniz & Reis, 1991)

Nível 1 – Orientação Pré-Social: Amoralidade e Anomia

As significações sobre a realidade da doença dependem da percepção pontual dos sintomas físicos (e.g., dor, bloqueamento motor, comichão, perda de audição, tontura, aceleração cardíaca).

Nível 2 – Orientação Instrumental: Dualidade e Heteronomia

As significações sobre a realidade da doença traduzem a consciência da acumulação e da intensificação dos sintomas físicos.

Nível 3 – Orientação Pró-Social: Multiplicidade e Socionomia, Conformismo Relacional

As significações sobre a realidade da doença começam a integrar tanto os sintomas físicos como os psicológicos, o que levanta dúvidas e incertezas sobre a possibilidade de conhecimento dessa evolução.

Nível 4 – Orientação Pró-Social: Multiplicidade e Socionomia, Conformismo Institucional

As significações sobre a realidade da doença são subjectivas, mas podem ser compreendidas racionalmente, por meio da avaliações consideradas válidas dos sintomas físicos e psicológicos.

Nível 5 – Orientação Pós-Convencional: Relativismo e Autonomia

As significações sobre a verdade da doença, como as percepções dos sintomas físicos e psicológicos são subjectivos e idiossincráticos dependendo de outras significações sem conteúdo sintomático.

3. Confronto didáctico

As estratégias de prevenção de emoções excessivas ou de comportamentos inadequados utilizados em Psicologia da Saúde têm um carácter didáctico. Com efeito, fornece-se aos pacientes informação sobre o seu processo de doença e de tratamento para reflectirem sobre a mesma. Pensa-se, deste modo, que o conhecimento dessa informação leva à prevenção de certos comportamentos e atitudes inadequadas ou inadaptativas. Por exemplo, no domínio da cirurgia a literatura refere-se a dois tipos de informação para ajudar os pacientes na prevenção de reacções emocionais excessivas (Cohen & Lazarus, 1979; Janis, 1983): (a) informação sobre os procedimentos médicos (e.g., natureza do procedimento médico, quando e onde terá lugar, riscos possíveis); (b) informação sensorial (e.g., sensações que os pacientes costumam experimentar durante ou depois do procedimento). Procura-se, deste modo, que o paciente assimile a informação e faça uma avaliação «realista» e «objectiva» do processo cirúrgico. É uma metodologia didáctica. Visa-se o ensino de novas formas de pensar sobre os sintomas sintomáticos e/ou emocionais e sobre o procedimento cirúr-

gico. O paciente deve substituir possíveis distorções pela nova informação, a qual, supostamente, leva a formas de pensar mais adaptativas.

Segundo a lógica dos métodos comportamentais-cognitivos é o terapeuta que faz o confronto didáctico. O paciente é exposto às significações ou racionalizações do terapeuta, como é claramente exemplificado no método de confronto racional exposto anteriormente. Ou, então, o terapeuta fornece ao paciente uma série de auto-verbalizações de confronto adaptativo que devem substituir as inadaptativas (i.e., treino de inoculação ao *stress*). Do mesmo modo, no treino de resolução de problemas o terapeuta propõe ao paciente um método lógico e racional de resolver os problemas que o afligem. Pode dizer-se, pois, que segundo os modelos comportamentais-cognitivos a intervenção incide na diferença entre as significações sintomáticas e as adaptativas. Existem significações inadaptativas, irracionais, ilógicas, distorcidas e existem as significações adaptativas, racionais, lógicas, objectivas.

De uma perspectiva desenvolvimentalista procura-se que o paciente seja exposto a métodos reflexivos e multidireccionados (Joyce-Moniz, 1989). Também é um confronto didáctico e cog-

nitivo, pois incide nas significações individuais e visa promover no paciente novas formas de pensar. Contudo, essas novas formas devem ser cada vez mais abertas e flexíveis. A dialéctica e abertura conceptual promovidas por este tipo de confronto substitui o racionalismo e a directividade dos métodos comportamentais-cognitivos. Nestes métodos o confronto didáctico é feito directamente pelo terapeuta, o que constitui uma forte limitação do ponto de vista epistemológico. Com efeito, o paciente é exposto apenas a um nível de significação, correspondente ao raciocínio do terapeuta. Face à autoridade epistemológica do terapeuta existem poucas alternativas para o paciente se libertar do raciocínio daquele. O terapeuta constitui o único modelo de reflexão do paciente.

Uma forma de obviar a essa limitação epistemológica consiste em expor o paciente a vários modelos de reflexão representativos de vários níveis de desenvolvimento de significação. De que forma se pode, então, concretizar um confronto didáctico cognitivo e desenvolvimentista? Como se substitui a «presença» do terapeuta? De que forma se pode prescindir do confronto ou das racionalizações feitas directamente pelo terapeuta?

Como se referiu, quando uma pessoa se vê face a um processo de doença, reflecte sobre o mesmo. Essa reflexão pode ser mais ou menos adaptativa consoante a dialéctica que se estabelece entre as significações (Joyce-Moniz, 1991). Estes processos de reflexão são naturais e inevitáveis. Todas as pessoas reflectem sobre o seu estado de saúde. Se o paciente for exposto às reflexões de outras pessoas (e.g., familiares, amigos, doentes, médicos) é natural que as compare com as suas. Por exemplo, pacientes internados num hospital costumam falar com outros que estão numa situação semelhante à sua. Essa conversa passa justamente por uma curiosidade sobre aquilo que os outros pensam sobre a doença e o seu tratamento. Estas conversas têm um efeito reactivo. Quer dizer, quando um doente é exposto às significações de outro doente ou às do médico, reflecte sobre as suas próprias significações. Por exemplo, se a conversa é estabelecida com um doente pessimista, que pensa as piores coisas da sua doença e tem pouca esperança no seu tratamento, então o doente que o ouviu pode reagir também com pessimismo, colocando

em dúvida as significações próprias. Ou, então, coloca em dúvida as significações do colega. Neste caso, pode tentar confrontar as significações pessimistas do outro, ajudando-o a modificá-las e a substituí-las por outras mais adaptativas.

Em síntese, os doentes reflectem sobre a sua doença e sobre os tratamentos e comparam as suas significações com as de outras pessoas. Essa comparação pode ter efeitos benéficos se conduz a significações mais adaptativas. Contudo, na dialéctica que o paciente estabelece com os outros, nem sempre é exposto às significações mais apropriadas. Essa exposição pode não ajudar a prevenir comportamentos e atitudes adaptativas. Pelo contrário, pode mesmo promover reacções emocionais excessivas. Em termos ideais, o paciente deve, pois, ser exposto a uma metodologia que promova formas de pensar adaptativas. E, numa perspectiva desenvolvimentista, deve ser exposto a formas de pensar representativas dos vários níveis de desenvolvimento de significação.

Essas formas de pensar devem incidir nas significações sintomáticas e nas do seu confronto, tal como o fazem as orientações cognitivistas em Psicologia da Saúde (Joyce-Moniz & Reis, 1991). Com efeito, o confronto didáctico cognitivo e desenvolvimentista também faz essa divisão metodológica. Contudo, do mesmo modo que integra o conteúdo das significações sintomáticas em estádios de desenvolvimento também faz uma ordenação das significações de confronto em níveis de resolução de problemas (Joyce-Moniz, 1993). Resumindo, as formas de pensar dos modelos de reflexão devem incidir nas significações que dizem respeito (1) à etiologia e ao processo de doença (2) aos sintomas (e.g., ansiedade); e (3) ao confronto.

Face ao exposto, uma metodologia possível que vise ajudar os doentes a adaptarem-se ao seu processo de doença e de tratamento consiste em expô-los a *modelos de reflexão*, os quais podem ser representados por personagens (e.g., actores) representativos de outros doentes que vivem numa situação semelhante. E estes personagens explicitam as suas significações de acordo com um determinado nível de desenvolvimento de significação.

Estes modelos de reflexão podem ser apresentados em gravações vídeo. A utilização deste

instrumento mediático para veicular as significações/reflexões de personagens apresenta várias vantagens: (a) é possível sistematizar os processos de reflexão de cada personagem; (b) o paciente pode ser exposto aos vídeos quantas vezes quiser e achar necessário; (c) o vídeo apresenta um carácter lúdico; (d) exposição a cenas do meio natural difíceis de criar no local clínico; (e) estrutura narrativa pode ser manipulada de forma a obter-se a cena desejada.

O confronto do paciente que resulta da exposição a vários modelos de reflexão, representativos dos níveis de significação sobre reacções ansiogéneas e sobre processos de doença, é bastante distinto daquele que é feito exclusivamente com o terapeuta. O paciente pode aceitar e/ou rejeitar livremente as significações dos personagens. Compara-as com as suas e diferencia as várias formas de pensar dos personagens.

De seguida será ilustrada uma metodologia de prevenção de reacções ansiogéneas excessivas desenvolvida para pacientes de cirurgia cardíaca (Reis, 1993a) a qual se inclui no âmbito de um projecto de investigação mais vasto domínio da Psicologia da Saúde (Joyce-Moniz, 1988).

Foram elaboradas duas gravações vídeo. A primeira constitui um treino introdutório à actividade metacognitiva (e.g., interpretações e expectativas dos pacientes acerca da operação, exames e internamento; expressões emocionais que acompanham a actividade reflexiva). A segunda incide nas significações ansiogéneas e nas do seu confronto (e.g., medos e receios sobre a operação; exames, tratamentos; métodos de confronto das reacções de ansiedade).

As gravações vídeo apresentam cinco personagens, representados por actores profissionais. Cada personagem representa um diferente nível de significação sobre sintomas ansiogéneos, de acordo com o modelo de Joyce-Moniz (1989), e sobre sintomas e processos de doença (Joyce-Moniz & Reis, 1991). Por sua vez, os métodos de resolução de problemas, utilizados por cada personagem, estão de acordo com o seu nível de desenvolvimento de significação. Os personagens expressam-se através do diálogo que estabelecem com um comentador. As asserções ou reflexões do comentador reforçam as dos personagens e ajudam a tornar a exposição videográfica mais didáctica.

Exemplo de significações do personagem de nível 1. As suas significações ansiogéneas resultam de uma identificação entre as percepções da realidade e as significações de perigo: «(O que me faz sentir ansioso é) a operação!... Eu sei que é uma operação muito mas mesmo muito perigosa!... Tenho olhos na cara!... Vejo e oiço o que se diz sobre estas mudanças de coração!»

As significações sobre a realidade da doença dependem apenas da percepção de sintomas físicos, excluindo a consideração dos aspectos psicológicos: «... se me dói é porque tenho alguma doença!... É porque tenho o coração avariado!... Os pensamentos não entram nesta história!»

As suas significações de confronto traduzem a procura de uma explicação para os seus sintomas, sem tentativa de reestruturação das significações sintomáticas (Joyce-Moniz, 1989): «Eu quero lá saber de pensamentos positivos, ou de pensamentos negativos!... Se me sinto ansioso, é porque tenho uma razão forte para me sentir assim!...»

Exemplo de significações do personagem de nível 5. As significações ansiogéneas resultam da consciência da subjectividade pessoal. A paciente receia que as suas próprias significações possam ter um impacto superior à evidência racional: «Tudo depende da forma como eu vejo as coisas... Normalmente, estou moderadamente optimista em relação à operação..., aos exames..., à recuperação..., a tudo..., Mas às vezes dou outro significado às coisas!... Os meus pensamentos têm mais interrogações!... E creio que esse pequeno pessimismo faz-me sentir nervosa! Não acredito que possamos ser lógicos e racionais em tudo!... As fantasias boas ou más, são para ser vividas!... São experiências tão importantes como a realidade que vemos ou ouvimos!»

Este personagem reflecte intencionalmente sobre as significações dos sintomas e do processo de doença e sobre o relacionamento entre os aspectos somáticos e psicológicos: «O que mais me preocupa, é a minha própria atitude!... esta experiência não é nada agradável!... As situações de sofrimento e de alguma solidão são quase sempre inevitáveis!... Há sempre pequenas contrariedades!... É normal!... Creio que eu, como outros doentes à espera de operação ao

coração.. me envolvo, mais ou menos conscientemente, tanto em expectativas positivas... como em expectativas negativas!»

O seu nível de resolução de problemas comporta uma exploração criativa e avaliativa de soluções (Joyce-Moniz, 1993). Assim, este personagem tenta integrar as significações sintomáticas sobre a doença ou sobre os sintomas noutras significações mais abertas e flexíveis: «tudo depende da forma como eu vejo as coisas... Somos responsáveis pela variedade de pensamentos que temos acerca de uma coisa. Sou dona dos meus pensamentos. É a consciência do significado que dou às minhas esperanças e apreensões que me faz sentir livre... Soube que, hoje de manhã, morreu uma pessoa aqui no serviço... o meu primeiro pensamento foi “Também me pode acontecer o mesmo!” Mas também podia ter pensado: “Não! Aquilo não me vai acontecer a mim!” Ou ainda, “Existe apenas uma pequeníssima probabilidade de que me suceda o mesmo!”... Quando recebi a morte da pessoa, podia, de facto, ter pensado de muitas maneiras!»

O paciente é exposto aos vídeos durante o internamento hospitalar, antes da cirurgia. Durante a exposição, é convidado a identificar-se com e/ou a afastar-se de uma ou várias das cinco formas de pensar apresentadas pelos personagens. Este convite fomenta um confronto dialéctico entre as suas significações e as desses modelos. O paciente pode aceitar ou rejeitar as significações dos personagens, comparando-as entre si.

Esta metodologia construtivista e desenvolvimentista de exposição de personagens de cinco níveis de significação de sintomas sintomáticos, ansiogéneos e de confronto foi comparada com uma metodologia cognitivista de exposição às significações racionalizantes do terapeuta (i.e., modelos terapia cognitiva de Beck e racional-emotiva de Ellis) e com um grupo controlo, sem intervenção confrontante mas submetida às mesmas avaliações. Os resultados desta investigação foram publicados noutra local (Reis, 1993a, 1993b).

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (1986). *Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais. DSM III*. Lisboa: Editora Portuguesa de Livros Técnicos Científicos, Lda.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey Bass.
- Aron, E. & Aron, A. (1987). The influence of inner state on self-reported long term happiness. *Journal of Humanistic Psychology*, 27: 248-70.
- Bandura, A. (1969). *Principles of Behavior Modification*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Beck, A.T. & Emery, G. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias*. New York: Basic Books.
- Blanchard, E.B. (1977). Behavioral Medicine: A perspective. In *Behavioral Approaches to Medical Treatment* (R.B. Williams & W. Doyle Gentry, Eds.), Cambridge: Ballinger.
- Bradley, L.A. & Kay, R. (1985). The role of cognition in Behavioral Medicine. *Advances in Cognitive-Behavioral Research*, 4:137-213.
- Cohen, F. & Lazarus, R. (1979). Coping with the stress of illness. In *Health Psychology* (G.C. Stone, F. Cohen & N.E. Adler, Eds.), San Francisco: Jossey Bass.
- Dobson, K.S. & Block, L. (1988). Historical and philosophical bases of hte cognitive-behavioral therapies. In *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies* (K.S. Dobson, Ed.), New York: The Guilford Press.
- D’Zurilla, T.J. (1988). Problem-solving therapies. In *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies* (K.S. Dobson, Ed.), New York: The Guilford Press.
- D’Zurilla, T.J. & Goldfried, M.R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78: 107-126.
- Ellis, A. (1962). *Reason and Emotion in Psychotherapy*. New Jersey: Lyle Stuart-Citadel.
- Ellis, A. (1987). Rational-Emotive Therapy: Current appraisal and future directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1(2): 73-86.
- Haan, N.G. (1979). Psychological meaning of unfavorable medical forecasts. In *Health Psychology* (G.C. Stone, F.Cohen & Adler, Eds.), San Francisco: Jossey Bass.
- Hunter, R., Lohrenz, J. & Schwartzman, A. (1964). Nosophobia and hypochondriases in medical students. *Journal of Nervous and Medical Disease*, 139: 147-152.
- Ivey, A.E. (1986). *Developmental Therapy*. San Francisco: Jossey Bass.
- Ivey, A.E. & Gonçalves, O.F. (1988). Developmental therapy: integrating developmental processes into clinical practice. *Journal of Counseling and Development*, 66: 406-413.

- Janis, I.L. (1983). Stress inoculation in health care. Theory and research. In *Stress Reduction and Prevention* (D. Meichenbaum & M.E. Jaremko, Eds.), New York: Plenum.
- Joyce-Moniz, L. (1985). Epistemological Therapy and constructivism. In *Cognition and Psychotherapy* (M. Mahoney & A. Freeman, Eds.), New York: Plenum.
- Joyce-Moniz, L. (1988). *Exposição a videos de acção didáctica e promoção da autonomia hospitalar e pós-hospitalar em parassuicidas, pacientes oncológicos e pais de bebés em risco*. Relatório de actividades desenvolvidas no âmbito do projecto n.º 87.442 subsidiado pela Junta Nacional de Investigação Científica e Tecnológica. Lisboa, Setembro.
- Joyce-Moniz, L. (1989) Structures, dialectics, and regulation in applied constructivism: from developmental psychopathology to individual drama therapy. In *Advances in the Cognitive Therapies: the Constructive-Developmental Approach* (O. Gonçalves, Ed.), Porto: Apport.
- Joyce-Moniz, L. (1993) *Psicopatologia do desenvolvimento do adolescente e do adulto*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Joyce-Moniz, L. & Reis, J. (1991). Desenvolvimento e dialética de significações de doença e confronto em Psicologia da Saúde. *Psychologica*, 6: 105-127.
- Keating, D.P. & Rosen, H. (1991). *Constructivist Perspectives on Developmental Psychopathology and Atypical Development*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Kimball, C.P. (1969). Psychological responses to the experience of open heart surgery: I. *American Journal of Psychiatry*, 3(126): 348-359.
- Kobasa, S.C., Maddi, S.R. & Kahn, S. (1982). Hardiness and Health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1(42): 168-177.
- Laderman, C. (1987). The ambiguity of symbols in the structure of healing. *Social Science and Medicine*, 24: 293-301.
- Lazarus, R. (1966). *Psychological Stress and the coping Process*. New York: McGraw-Hill.
- Leventhal, H. (1965) Fear communications in the acceptance of preventive health practices. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 2: 20-29.
- Lipowski, Z.J. (1970). Psysical illness, the individual and the coping process. *Psychiatric Medicine*, 1: 91-102.
- Meagher jr., R.B. (1982) Cognitive Behavior Therapy in Health Psychology. In *Handbook of Clinical Health Psychology* (T. Millon, C. Green & R. Meagher, Eds.), New York: Plenum
- Mechanic, D. (1986). The concept of illness behavior: culture, situation and personal predisposition. *Psychological Medicine*, 16:1-7.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-Behavior Modification*. New York: Plenum.
- Moos, R.H. (1982). Coping with acute health crises. In *Handbook of Clinical Health Psychology* (T. Millon, C. Green & R. Meagher, Eds.), New York: Plenum
- Pennebaker, J.W. (1982). *The psychology of physical symptoms*. New York: Springer Verlag.
- Radley, A. & Green, R. (1985). Styles of adjustment to coronary graft surgery. *Social Science and Medicine*, 5(20): 461-464.
- Reis, J. (1992). autonomia conceitual das pessoas nos processos de saúde e doença: desafios epistemológicos e metodológicos para a psicologia da saúde e para os cuidados de saúde. *Psychologica*, 8: 137-169.
- Reis, J. (1993a). *Metodologia construtiva e desenvolvimentista para prevenção de reacções ansiogêneas, depressogêneas e dolorosas em pacientes de cirurgia cardíaca*. Dissertação de doutoramento em Psicologia-Psicoterapia e Aconselhamento na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Reis, J. (1993b). Metodologia construtivista para prevenção de reacções emocionais excessivas em pacientes de cirurgia cardíaca. *Psychologica*, no prelo.
- Rosenstock, I.M. (1966). Why people use health services. *Milbank Memorial Fund Quaterly*, 44: 94-127.
- Schüssler, G. (1992). Coping Strategies and individual meanings of illness. *Social Science and Medicine*, 4(34): 427-432.
- Scott, J. (1989). Cancer patients. In *Cognitive Therapy in Clinical Practice* (J. Scott, J.M. Williams & A.T. Beck, Eds.), New York: Routledge.
- Sontag, S. (1991). *Illness as metaphor. AIDS and its metaphors*. London: Penguin.
- Turk, D., Meichenbaum, D. & Genest, M. (1983). *Pain and Behavioral Medicine. A Cognitive-Behavioral Perspective*. New York: Guilford Press.
- Viney, L.L. & Westbrook, M.T. (1982). Patterns of anxiety in the chronically ill. *British Journal of Medical Psychology*, 55: 87-95.
- Warwick, H.C. & Salkovskis, P.M. (1989). Hypochondriasis. In *Cognitive Therapy in Clinical Practice* (J. Scott, J.M. Williams & A.T. Beck, Eds.), New York: Routledge.
- Woods, S., Natterson, J. & Silverman, J. (1966). Medical student's disease: Hypochondriasis in medical education. *Journal of Medical Education*, 41: 785-790.

RESUMO

Este artigo incide nas significações que as pessoas constroem sobre o seu estado de saúde e que resultam

em expressões emocionais de tipo ansiogêneo. São ilustrados métodos comportamentais-cognitivos e construtivistas-desenvolvimentistas para a sua prevenção e modificação. Paralelamente, são referidas as principais diferenças entre estes dois tipos de métodos com base em três critérios: (1) níveis de desenvolvimento de significação; (2) estatuto epistemológico do terapeuta; e (3) confronto didático.

ABSTRACT

This paper focus on the meanings that people construct about their health that lead to anxiety reactions. Cognitive-behavioral and constructivistic-developmental methods will be presented for its prevention and modification. The main differences between these two methodologies will be discussed based on : (1) developmental levels of meanings; (2) epistemic status of the therapist; and (3) didactic confront.