

Entrevista¹ com Thomas Borkovec²

Interview with Thomas Borkovec

Adriana Nunan

Psicóloga, doutora em Psicologia Clínica pela PUC-Rio

[Endereço para correspondência](#)



RBTC: O que o levou a escolher o modelo cognitivo-comportamental?

TB: Eu realmente não tive escolha. Depois de sair de uma universidade católica que ensinava apenas teoria e terapia Rogeriana, eu tentei entrar para outras universidades e fui rejeitado por todas, exceto pela universidade de Illinois. Quando eu cheguei lá eles anunciaram que estavam dando início ao primeiro programa universitário do país em terapia comportamental. Nós aprenderíamos apenas terapia comportamental, mas eu não tinha idéia alguma do que se tratava. Assim, eu passei quatro anos com teóricos muito

REVISTA BRASILEIRA DE TERAPIAS COGNITIVAS, 2008, Volume 4, Número 2

importantes da terapia comportamental. Nós fomos introduzidos a esta nova forma de olhar para a psicopatologia e a uma nova forma de desenvolver terapia que estava baseada na ciência, ficando muito excitados com o método científico.

Na verdade eu estava num caminho de busca pessoal desde a pré-escola, após uma experiência mística que tive. Isso me levou ao Seminário por cinco anos, procurando Deus, para finalmente terminar na graduação em psicologia, reconhecendo a ciência como outra fonte de conhecimento, de continuar a procurar a verdade. Assim, na época, que eu entrei para a universidade, ao mesmo tempo em que eu queria ser um terapeuta clínico para aliviar o sofrimento humano, eu também tinha esta excitação da descoberta, e acabei reconhecendo que também poderia fazer pesquisas em psicoterapia, combinando ambos os desejos. Procurando esse conhecimento, me dei conta de que eu poderia eventualmente contribuir para desenvolver formas melhores de se fazer psicoterapia, talvez deixando um legado que possa ajudar a minimizar o sofrimento humano. Por causa disso passei os últimos 40 anos fazendo pesquisa em psicoterapia.

RBTC: O Sr. é atualmente bastante reconhecido por seus trabalhos sobre ansiedade. Conte-nos sobre suas motivações e sobre as origens do seu interesse neste tema.

TB: Isso foi um acidente histórico. Eu comecei o curso universitário trabalhando com um homem que era *expert* em transtornos de conduta em crianças e adolescentes, e eu escrevi a minha Dissertação de Mestrado sob sua supervisão, estudando delinqüentes juvenis com transtorno de personalidade anti-social. No final da minha Dissertação ele aceitou um trabalho na universidade de Temple, o que me fez ter que procurar um novo orientador, e os únicos orientadores que estavam disponíveis naquele momento eram os professores recém-chegados à universidade. Um desses professores era Douglas Bernstein, que estava pesquisando fobias. Assim, comecei trabalhando com Doug pesquisando fobias de cobras, e foi nessa época que eu me interessei pelo tema das fobias de um modo geral.

Eu acho que isso também tem a ver com a minha história pessoal, porque eu estava muito familiarizado com as minhas próprias ansiedades. Quando eu era criança, provavelmente teria sido diagnosticado com transtorno obsessivo-compulsivo. Eu certamente experienciava muita ansiedade ao falar, na escola, e também um pouco de ansiedade social. Essas características, que me eram pessoalmente familiares, me deram um empurrão no sentido de tentar entender mais sobre elas e tentar desenvolver melhores terapias para tratá-las, já que eu mesmo tinha passado por essas experiências. Tudo na vida tem a ver com pontos fortes e pontos fracos. O ponto forte foi que essas experiências me proporcionaram a apreciação e a introspecção necessárias para ver que muitas coisas poderiam ser testadas experimentalmente. O ponto fraco, é que você sofre demais se tem muita ansiedade.

RBTC: Qual é a diferença entre tratar adultos ou crianças com ansiedade?

TB: Eu nunca realmente tratei de crianças com ansiedade. Na época em que eu passei a estudar ansiedade junto com Doug, só estudávamos adultos, então eu não sei muito sobre como é o trabalho com crianças, mas existem algumas pessoas trabalhando nessa área. O diagnóstico de transtorno de ansiedade generalizada já existe em crianças, assim como o diagnóstico de ansiedade de separação. Philip Kendall, por exemplo, tem estudado muito estes grupos de ansiedade, e a abordagem com crianças é muito semelhante da adotada com adultos, isto é, uma abordagem voltada para aprender a lidar com a ansiedade, ao invés de extingui-la, tal como se faz com fobias ou transtorno do pânico. Nesse sentido,

acho que existem semelhanças entre o tratamento de adultos e aquele voltado para crianças. Construir a auto-confiança da criança e sua habilidade de enfrentar desafios, ajudá-la a se sentir confiante de que mesmo que ela esteja com medo ela é capaz de fazer as coisas. Com experiências repetidas como estas a ansiedade tende a diminuir.

RBTC: Quais seriam os pontos-chave do tratamento da preocupação crônica?

TB: De um modo geral, existem duas metas básicas principais a partir das quais todas as outras técnicas devem estar referenciadas: aumentar a flexibilidade e viver no presente (e não nas ilusões que nós criamos nas nossas cabeças).

RBTC: Parecem existir alguns desafios específicos no trabalho com estes tipos de pacientes. Por exemplo, diz-se que não se deve argumentar com eles, já que eles são muito racionais, muito lógicos. O Senhor poderia comentar sobre estes desafios?

TB: Os pacientes dominadores e vingativos, em torno de 12%, são talvez os mais desafiadores porque eles são muito rígidos na forma como enxergam as coisas e eles não querem mudar. Eles atribuem todos os seus problemas ao mundo externo, então, basicamente, eles querem que nós consertemos seus mundos externos, ao invés de mostrar-lhes formas através das quais eles mesmos possam se ajudar. Os excessivamente cuidadores também são muito difíceis porque essa é uma perspectiva muito forte e rígida que tem a ver com altruísmo. Estas pessoas se sentem muito confusas sobre o motivo pelo qual não estão sendo recompensadas por sua personalidade cuidadora/altruísta, e elas não conseguem enxergar outras maneiras de fazer as coisas. Estes casos são muito difíceis porque pedir a estes pacientes que deixem de cuidar dos outros é, para eles, a mesma coisa que pedir a uma mãe que deixe de cuidar de seus filhos. Nós temos que trabalhar ajudando-os a definir este cuidado de outras formas, com o intuito de produzir comportamentos que tenham mais chances de satisfazer suas necessidades, sem tirar a opinião que eles têm deles mesmos como sendo pessoas boas e que se preocupam com os outros. Este é um desafio muito grande para um terapeuta.

RBTC: O Senhor diria que a preocupação crônica é mais um traço de personalidade do que um estado? Porque se acreditarmos que é considerado socialmente aceitável se preocupar com as coisas as pessoas podem pensar que este comportamento é positivo. Como endereçar estes tipos de crenças?

TB: Eu adoto a posição extrema de que a preocupação nunca é útil, já que a defino como "pensar sobre eventos futuros inexistentes que têm pouca probabilidade de acontecerem e sob os quais temos pouco controle". Assim, mesmo a preocupação "normal", aquela que todos nós experienciamos, é uma completa perda de tempo. Nós podemos solucionar problemas, planejar, aumentar nossos recursos, mas só vale a pena fazer isso para eventos sob os quais temos algum controle e/ou que possuem alguma probabilidade de acontecerem. Do contrário, estes "fantasmas improváveis", tais como ser atingido por um raio da próxima vez que eu atravessar a rua, irão absorver, inutilmente, todo o nosso tempo e energia emocionais.

RBTC: Para a maioria das pessoas existe uma linha muito tênue entre preocupar-se e planejar. Como diferenciar entre um e outro?

TB: Quando eu planejo eu estou, na verdade, resolvendo problemas além do primeiro passo. A preocupação é o primeiro passo na resolução de problemas, ela é a identificação do problema: "o que aconteceria se...?". Pessoas que se preocupam demais não prosseguem além desse ponto. Pesquisas mostram que esses indivíduos não prosseguem para a resolução de problemas porque a preocupação em questão é algo sob o qual a pessoa não tem qualquer tipo de controle e, portanto, não pode fazer nada a respeito. Assim, temos que ensinar nossos clientes a diferença entre quando eles estão se preocupando e quando eles de fato estão resolvendo problemas e planejando. Precisamos ensinar técnicas de resolução de problemas para que eles mesmos possam gerar soluções possíveis, avaliar cada possibilidade em termos do que seria útil, escolher a melhor resposta possível e executá-la. Isso é resolução de problemas. A preocupação é apenas a criação de um problema.

RBTC: Existem aspectos ambientais que possam ser modificados para prevenir a preocupação crônica? Por exemplo, o senhor falou sobre crianças que assumem a posição de pais, relacionamentos fusionados, etc. Existem outros aspectos ambientais que facilitem o surgimento da ansiedade crônica?

TB: As teorias de desenvolvimento infantil sugerem dois fatores que parecem predispor determinadas crianças a desenvolverem transtornos de ansiedade na infância ou na vida adulta. Um deles é uma super-proteção por parte dos pais que nunca deixa a criança explorar o mundo sozinha, evitando que esta desenvolva auto-confiança e habilidades para lidar com problemas. O segundo fato constantemente mencionado nas pesquisas é a indisponibilidade emocional parental, o que faz com que a criança não receba dos pais o suporte emocional necessário quando ela volta para casa depois das suas "aventuras pelo mundo". Nos diversos estudos que têm sido realizados sobre as relações pais/crianças, estes dois fatores são os principais preditores da geração de transtornos de ansiedade no futuro. Assim, eu focaria o trabalho de prevenção no desenvolvimento de habilidades parentais, naturalmente no sentido de prover uma proteção realista contra os perigos do mundo, mas dando uma abertura suficiente para que a criança se sinta encorajada a explorar seu próprio mundo. Ao mesmo tempo, quando esta criança retornar das suas aventuras os pais devem estar emocionalmente disponíveis, especialmente quando a criança está assustada com algum desafio que enfrentou.

RBTC: O que os pais devem fazer em grandes centros urbanos, tais como o Rio de Janeiro, nos quais existe um perigo muito real de violência?

TB: Aí é, justamente, onde entra a importância do planejamento e da resolução de problemas. Uma coisa é a preocupação crônica (baseada em perigos inexistentes) e outra muito diferente são os perigos reais. As intervenções terapêuticas para os dois casos são bastante distintas, e não apenas no nível da psicoterapia individual. É nossa responsabilidade enquanto profissionais de saúde mental de trabalhar junto com nossas comunidades para criar ambientes mais seguros, atuando junto a sistemas econômicos e políticos da melhor forma possível. A psicoterapia individual para perigos reais não tem se mostrado particularmente útil. O melhor que podemos fazer nesse campo é tratar as pessoas com transtorno de estresse pós-traumático após a ocorrência do evento. Neste sentido, o perigo real certamente tem componentes psicológicos com os quais podemos lidar em termos de suporte emocional e resolução de problemas, mas esta não vai ser a solução, realmente precisamos prevenir. Assim como falamos sobre a prevenção com crianças, a mesma coisa precisa acontecer em nossas comunidades. Onde existe perigo real devemos ajudar os indivíduos e suas famílias a solucionar problemas e a planejar, mas

também trabalhar com as forças econômicas e políticas para conseguir criar melhores ambientes para as pessoas viverem.

RBTC: Existe um tempo médio de duração para o tratamento do transtorno de ansiedade generalizada? Podemos estabelecer metas temporais?

TB: No momento me é difícil falar sobre nossas pesquisas clínicas que estudam este tema porque elas ainda estão em andamento. No meu consultório particular tenho tido clientes que se sentem muito felizes e não-ansiosos após 3 ou 4 sessões. Adrian Wells aponta para resultados semelhantes com suas pesquisas sobre metacognição. Outros clientes podem passar de 30 sessões. Nas pesquisas clínicas vemos algo entre 12 e 14 sessões, tirando ou botando 4 sessões. Assim, ao menos em termos das pesquisas atuais, de onde vem o índice de 50% de sucesso do qual eu sempre falo, podemos dizer que em torno de 12 sessões, em média, metade dos nossos clientes devem estar retornando a um funcionamento normal. A outra metade pode precisar de tratamento adicional ou de um outro tipo de tratamento que ainda não conhecemos, em termos de informação empírica.

RBTC: Quais são os desenvolvimentos mais recentes nas pesquisas sobre ansiedade?

TB: Se eu olhar 40 anos para trás lembro que durante a graduação sempre ouvi dizer que os terapeutas consideravam dois transtornos como sendo intratáveis: o transtorno obsessivo-compulsivo e o transtorno do pânico. Em outras palavras, nestes últimos 40 anos, tem havido muitos avanços importantes nos tratamentos disponíveis. Com relação ao transtorno do pânico existem diversas pesquisas que indicam que após um *follow-up* de dois anos 80% a 100% dos pacientes permanecem livres dos sintomas. Usando uma analogia com o modelo médico, podemos dizer que pela primeira vez na história da psicologia clínica, estamos perto de uma cura para o transtorno do pânico. Isto tratando-se de algo que era considerado não-tratável na década de 60. Com relação ao transtorno obsessivo-compulsivo, dois terços dos pacientes podem ser considerados "curados", o que nos indica um grande avanço nesta área também, apesar de ainda termos um longo caminho a percorrer. No que se refere às fobias, temos tratamentos bem sucedidos com apenas uma sessão, o que certamente é um grande sucesso.

Acredito que ainda temos muito a avançar nas áreas de ansiedade social e transtorno de ansiedade generalizada e isso é muito interessante devido às conexões entre esses dois transtornos, particularmente no que se refere à como estes pacientes são, como enxergam o mundo e como se relacionam com as demais pessoas. Naturalmente esta é uma questão maior, de ordem evolutiva. Quais são as possibilidades para a evolução humana se transtornos tais como ansiedade generalizada e ansiedade social não existissem? Se os países pudessem lidar uns com os outros em formas que não envolvessem medo? Quais são as possibilidades nas quais a psicologia pode contribuir para a evolução da espécie humana? Como poderíamos aumentar a conscientização das pessoas, as relações entre os seres humanos? A economia global, de certa forma, está forçando estas alterações a nível político e econômico mas, no final das contas, as mudanças precisam ser levadas a cabo por seres humanos. A grande maioria dos norte-americanos, por exemplo, nunca viajou para fora do país. Este não é o caminho para aumentar a conscientização das pessoas. É preciso compartilhar experiências, entender que estamos todos ligados, para poder começar a exercer algum impacto nas vidas das pessoas que vivem em pobreza ao redor do mundo.

RBTC: O Senhor poderia falar sobre as pesquisas que estão sendo conduzidas atualmente na área de ansiedade?

TB: Na minha opinião, a pesquisa mais importante, não que ela vá necessariamente levar a uma cura, é a que está sendo feita na aplicação da psicologia cognitiva nas áreas da atenção e da interpretação. Este estudo está conseguindo observar muito precisamente a seqüência da reação ansiosa e analisar os diferentes componentes disso, tais como o início do processo, que é a predisposição da atenção para um estímulo ameaçador. É isto que gera uma resposta ansiosa na amígdala, e nós podemos ou não estar conscientes dela, mas emitimos uma resposta. Baseado nisto, Andrew Mathews mostra, no computador, imagens de informação ameaçadora e não-ameaçadora, reforçando as pessoas a prestarem atenção nas informações não-ameaçadoras. Neste sentido, podemos nos perguntar: é possível que um programa de computador possa curar o transtorno de ansiedade generalizada? Esta pesquisa mostra que após um período de oito semanas a ansiedade dos indivíduos submetidos ao procedimento diminuiu significativamente. Este programa ainda não foi aplicado especificamente a pacientes com diagnóstico de transtorno de ansiedade generalizada, mas eu o vejo como um exemplo do fato de que quanto mais soubermos acerca dos processos seqüenciais do transtorno, momento a momento, desde o início, seremos mais capazes de intervir em um dado momento com programas de re-aprendizagem muito precisos.

Talvez, no final das contas, esta abordagem não funcione, mas ela é um bom exemplo do uso de conhecimento científico básico para desenvolver novas terapias, e de que possam, inclusive, existir terapias realizadas por computadores. Mas eu também acredito na relevância da qualidade de vida e da alegria e isso significa relações interpessoais. Assim, existe a importância do terapeuta como um ser humano genuíno, honesto, que se preocupa com o outro de forma incondicional. Eu não acredito que um computador possa fazer isso num futuro próximo e isso se manterá como um elemento muito importante para o tratamento de qualquer transtorno.

RBTC: O Sr. tem muitos artigos publicados na área de neurociência, particularmente sobre a eficácia da terapia cognitivo-comportamental nas reações fisiológicas, assim como mecanismos neurobiológicos nos transtornos de ansiedade e humor. Poderia falar um pouco sobre isso?

TB: Primeiro eu gostaria de dizer que não sou um psico-fisiologista ou um neurocientista, mas que eu trabalho em colaboração com estes profissionais, assim como com psicólogos desenvolvimentistas, por exemplo. Nós temos aprendido sobre a supressão da função fisiológica, a rigidez, a resposta de congelamento. Colegas meus estão mostrando que a preocupação inibe a atividade da amígdala, o que significa que existe um sistema de processamento emocional muito fundamental que está sendo afetado pelo córtex pré-frontal. Eu acredito que as neurociências, a medida que nos proporcionem um conhecimento mais detalhado das estruturas, funções e seqüências cerebrais, possam contribuir para um conhecimento que nos permita realizar intervenções muito precisas, tais como Andrew Mathews vem fazendo com suas pesquisas sobre atenção e interpretação. Eu gostaria de poder começar tudo de novo e desta vez certamente trabalharia muito mais dentro das neurociências. Não que esta vá ser a solução, mas é uma outra peça do quebra-cabeça que nos dará maior conhecimento sobre as interações dinâmicas e não-lineares entre determinadas estruturas e reações fisiológicas/psicológicas/emocionais/cognitivas/comportamentais. Deixar de procurar esta

peça seria um erro, pois tê-la complementa nosso conhecimento sobre os processos psicopatológicos e os mecanismos que podem mudar através da psicoterapia.

 [Endereço para correspondência](#)

Endereço da autora: Adriana Nunan. Rua Jardim Botânico 656 / 601 – Jardim Botânico – Rio de Janeiro – RJ – CEP 22461-000.

Tel.: (21) 2511-6396 / 9975-1079.

Email: adriananunan@adriananunan.com. Website: www.adriananunan.com

Notas

¹ Entrevista realizada em 5 de abril de 2008, no Rio de Janeiro.

² Thomas D. Borkovec é Distinguished Professor de Psicologia no College of Liberal Arts, e Professor de Psiquiatria no College of Medicine, Penn State University. Seus trabalhos de intervenção e de pesquisa estão vinculados com estudos em neurociências. Trabalha com pesquisa básica e aplicada e sua equipe tem procurado descrever os mecanismos psicofísicos envolvidos nos transtornos de ansiedade e de humor. Foi um dos pioneiros a investigar empiricamente a eficácia da terapia cognitivo-comportamental em reações fisiológicas. Atualmente é considerado um dos maiores especialistas em terapia cognitivo-comportamental de transtorno da ansiedade generalizada e preocupação crônica, atuando também com terapia interpessoal e experiencial. Autor de mais de 120 artigos em periódicos nacionais, mais de 60 capítulos de livros e vários livros na área, participou do sub-comitê de TAG do DSM-IV, é Membro da APA, da Association for Behavioral and Cognitive Therapies, da Society for Psychotherapy Research, da British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapy, entre inúmeras outras entidades e títulos.