

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA DA UFMG
ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOTERAPIAS COGNITIVAS**

**Estudo sobre o questionamento socrático como
método de intervenção estratégica da psicoterapia
cognitiva**

ARLINDA DOS SANTOS MELO

Belo Horizonte
2012



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOTERAPIAS COGNITIVAS
www.sam.medicina.ufmg.br

ATA DA DEFESA DE MONOGRAFIA de ARLINDA DOS SANTOS MELO nº de registro 2011670696. No dia **dez de fevereiro de dois mil e doze**, reuniu-se na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, a Comissão Examinadora indicada pela Coordenação do Curso de Especialização em Psicoterapia Cognitiva, para julgar, em exame final, o trabalho intitulado: **“ESTUDO SOBRE O QUESTIONAMENTO SOCRÁTICO COMO MÉTODO DE INTERVENÇÃO ESTRATÉGICA DA PSICOTERAPIA COGNITIVA”**, requisito final para a obtenção do Grau de Especialista em Psicoterapias Cognitivas, pelo Curso de Especialização em Psicoterapias Cognitivas. Abrindo a sessão, a Presidente da Comissão, Dra. Rute Velasquez, após dar a conhecer aos presentes o teor das Normas Regulamentares do trabalho final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores, com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público para julgamento e expedição do resultado final. Foram atribuídas as seguintes indicações:

Dra. Rute Velasquez

Instituição: Newton Indicação: APROVADA

Paiva

Profa. Cíntia Satiko Fuzikawa

Instituição: UFMG Indicação: APROVADA

Pelas indicações a candidata foi considerada APROVADA recebendo a nota final de 80 pontos.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, a Presidente encerrou a sessão e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 10 de fevereiro de 2012.

Dra. Rute Velasquez Rute Velasquez

Profa. Cíntia Satiko Fuzikawa cfuzikawa

Prof. José Carlos Cavalheiro da Silveira/ Coordenador José Carlos Cavalheiro da Silveira

Este documento não terá validade sem a assinatura e carimbo do Coordenador.

José Carlos Cavalheiro da Silveira
Coordenador do Curso de Especialização em
Psicoterapias Cognitivas
Faculdade de Medicina da UFMG
41199-2

*a aluna deverá apresentar as correções sugeridas pelas
banca no prazo de até dois meses a partir de hoje.*

ARLINDA DOS SANTOS MELO

**Estudo sobre o questionamento socrático como método de
intervenção estratégica da psicoterapia cognitiva**

Monografia apresentada ao Curso
de Especialização em Psicoterapias
Cognitivas da Faculdade de
Medicina da Universidade Federal
de Minas Gerais, como requisito
parcial para obtenção do título de
Especialista em Psicoterapias
Cognitivas

Orientadora: Profª Dra. Cíntia Fuzikawa

Belo Horizonte
Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Medicina da UFMG
Curso de Especialização em Psicoterapias Cognitivas
2012

Dedico este trabalho a todas as pessoas que vêm
partilhando comigo as suas vidas ao longo dos meus
anos de prática clínica. Dentre estas, as famílias que
acompanho no processo de tratamento em saúde
mental, através da PREVIMINAS.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a cada um dos meus pacientes, do primeiro JP ao mais recente MC, pela confiança em mim depositada e pelo auto-investimento em seus próprios processos de saúde.

A todos os meus mestres, muito obrigado pelo carinho, atenção e dedicação extremosa com que vêm acompanhando as minhas ações, enquanto psicóloga clínica, ao longo destes anos e por manterem viva em mim a necessidade de um contínuo aperfeiçoamento acadêmico, ampliando o arcabouço da minha prática clínica.

De modo especial obrigado a professora Rute Velasquez, que dentre estes, foi quem corroborou diretamente com a ideia deste curso.

A minha orientadora Cíntia Fuzikawa, que foi presença incansável no acompanhamento de toda a trajetória da construção deste trabalho, meus sinceros agradecimentos.

Agradeço a todos os meus colegas, parceiros nesta trajetória, porque seu encorajamento nos momentos de aridez foi crucial, pois aprender exige empenho e esforço. Obrigado pelos momentos de alegria, partilha e construção do conhecimento.

A minha empresa que viabilizou mais este avanço acadêmico sou muitíssima agradecida.

Agradeço a minha família, que me dá total apoio aturando as minhas ausências e compensando com carinho em dobro.

De modo muito especial agradeço aos meus pais Rui e Lélia, que sempre empenharam para me conduzir, da minha concepção até os dias de hoje, rumo ao aperfeiçoamento profissional e humano, obrigado pela presença amorosa e orientadora de sempre.

Ao meu marido, Hélio, que me cobre de cuidados e zelo, além de assumir muitas de minhas tarefas domiciliares, o meu agradecimento pelo companheirismo, cumplicidade e amoroso acompanhamento.

Ao meu filho amado, Virgílio, obrigado pelas palavras de incentivo e carinhoso encorajamento para que eu siga em frente buscando ser uma presença melhor em todos os âmbitos da minha vida. Tenho muito orgulho de você meu filho.

As minhas comunidades de fé, obrigado pelas orações e pela compreensão da minha ausência, no decorrer do tempo em que estou voltada para o empenho profissional.

A minha reverência e confirmação de que tudo que faço é por ter a Graça de Deus me guiando e abençoando. Obrigado Senhor!

“Se pudermos reorientar nossos
pensamentos e emoções e reorganizar
nosso comportamento, então poderemos
não só aprender a lidar com o sofrimento
mais facilmente, mas, sobretudo e em
primeiro lugar, evitar que muito dele surja”

Dalai Lama (1999).

RESUMO

O presente trabalho faz uma descrição do questionamento socrático a partir de uma revisão das ideias de Overholser. O questionamento sistemático é abordado quanto à sua forma, ao seu conteúdo e processo. Apresentam-se seus componentes estruturais: o questionamento sistemático, o raciocínio indutivo e as definições universais.

Palavras-chave: Psicoterapia Cognitivo-Comportamental; Cognição; Questionamento Socrático.

ABSTRACT

Formatado: Inglês (EUA)

In the present work we describe the use of the Socratic questioning in cognitive therapy based on Overholser's ideas. The three basic components of the method are presented: systematic questioning, inductive reasoning and universal definitions. Systematic questioning is described according to format, content and process of questioning.

Keywords: Cognitive Behavioral Psychotherapy; Cognition; Socratic Questioning.

Formatado: Português

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 A TERAPIA COGNITIVA.....	11
3 O QUESTIONAMENTO SOCRÁTICO.....	14
3.1 Componentes do método socrático.....	16
3.1.1 Questionamento sistemático.....	17
3.1.1.1 <i>Forma da pergunta</i>	17
3.1.1.2 <i>Conteúdo da pergunta</i>	20
3.1.1.3 <i>Processo de questionamento</i>	23
3.1.2 Raciocínio indutivo.....	26
3.1.2.1 <i>Composição por analogia</i>	27
3.1.2.1.1 <i>Analogias do subtipo intradomínio</i>	27
3.1.2.1.2 <i>Analogias do subtipo entredomínios</i>	28
3.1.2.1.3 <i>O uso das comparações analógicas em psicoterapia</i>	28
3.1.3 Definições universais.....	29
3.1.3.1 <i>Conteúdo de definições universais</i>	30
3.1.3.2 <i>Processo de utilização de definição universal</i>	31
3.1.3.3 <i>Funções das definições universais</i>	32
4 RESULTADOS.....	34
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
REFERÊNCIAS	

1 Introdução

O Diálogo Socrático, tal como se apresenta nos discursos escritos por Platão, se referia a um questionamento intenso sobre determinado tema, levando ao confronto, debate de percepções e interpretações, cujo objetivo era levar o indivíduo a perceber falhas em seu raciocínio. Objetivava-se propiciar que conclusões fossem tiradas a partir de um raciocínio lógico, porém podia ser uma experiência onde o questionador buscava destituir o sabatinado do lugar do conhecimento. (MIYAZAKI,2004; OVERHOLSER, 1993a).

Enquanto instrumento usado pela psicoterapia cognitiva, esta estrutura técnica, denominada Método Socrático ou Questionamento Socrático ou Diálogo Socrático, se refere à exploração cooperativa de determinado tema, auxiliando na modificação de padrões disfuncionais de pensamento, instituindo o paciente ao lugar de sujeito do seu conhecimento, buscando motivá-lo a delinear seus problemas, assim como encontrar as respostas para solucioná-los. Nesse trabalho, usaremos as três expressões como sendo equivalentes.

Muitos psicoterapeutas fizeram alusão ao método socrático como uma das técnicas utilizadas no processo psicoterapêutico. No entanto, a maioria se refere somente ao estilo de questionamento e poucos descrevem o processo, e isso dificulta aos outros aprenderem a aplicar o método de uma maneira confiável.

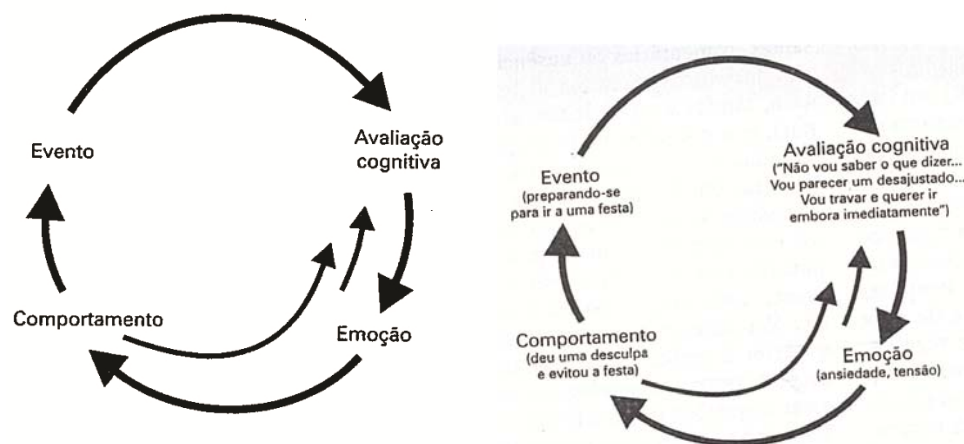
Com este estudo, pretende-se descrever o questionamento socrático, enquanto uma das técnicas utilizadas pela Psicoterapia Cognitiva. Para ampliar o conhecimento sobre este método, faz-se necessário compreender a que esta técnica serve. Desta forma, primeiramente são traçadas considerações do que seja a terapia cognitiva, pois a técnica é um instrumento para viabilizar o processo terapêutico pautado por um arcabouço teórico. Em seguida, é descrito o método socrático, objetivando dar a conhecer seu formato, conteúdo e processo.

2 A Terapia Cognitiva

O primeiro a aplicar as intervenções cognitivas a transtornos emocionais foi Aaron T. Beck, que desenvolveu teorias e métodos que se centravam no papel do processamento de informações desadaptativo em transtornos de depressão e de ansiedade, publicando uma série de trabalhos no início da década de 1960 (BECK, 1963).

O modelo cognitivo descrito por Beck propõe que o pensamento distorcido ou disfuncional, que influencia o humor e o comportamento do paciente, seja comum a todos os distúrbios psicológicos (Figura 1).

Figura1: Modelo cognitivo básico



Fonte: WRIGHT, J. H.; BASCO, M. R.; THASE, M. E., 2008.

O modelo básico da terapia cognitiva descrito na Figura 1 é um construto usado para ajudar os terapeutas a conceitualizarem problemas clínicos e implementarem métodos terapêuticos específicos. Embora se reconheça que há interações complexas entre processos biológicos¹, influências ambientais, sociais e interpessoais e elementos cognitivo-comportamentais na gênese e nos conceitos mais amplos da etiologia e do tratamento de transtornos psiquiátricos, como um modelo de trabalho, ele é propositalmente simplificado para voltar a atenção do terapeuta para as relações entre pensamentos, emoções e comportamentos e para

¹ Biológicos, por exemplo: genética, funcionamento de neurotransmissores, estrutura cerebral e sistemas neuroendócrinos.

orientar as intervenções de tratamento (WRIGHT et al., 2008). A conceitualização de caso é um guia essencial para o trabalho dos terapeutas cognitivos, e é ela que norteia diretamente cada pergunta, cada resposta não verbal, cada intervenção e o conjunto de ajustes que são feitos no estilo terapêutico para aprimorar a comunicação com o paciente.

Em relação às suas características, a terapia cognitiva é focada no problema e, geralmente, é realizada em um formato de curto prazo; porém, se o terapeuta focar prematuramente ou muito fortemente na implementação das técnicas, perderá a essência da terapia. Então, antes de escolher e aplicar técnicas, é preciso desenvolver uma conceitualização de caso individualizada, calcada no histórico específico do paciente, isto é, formulada a partir de uma avaliação diagnóstica detalhada das influências multidimensionais² construída de uma anamnese completa, seguido de um levantamento dos padrões típicos de pensamentos automáticos, emoções e comportamentos, chegando a descortinar os esquemas subjacentes. Tudo isto com foco no presente. Posteriormente, correlacionar estes dados, gerando um plano de tratamento detalhado, diretamente conectado à estrutura psicológica única do paciente e sua constelação de problemas.

Outras características da terapia cognitiva incluem um relacionamento terapêutico empírico altamente colaborativo³, aplicação hábil de métodos de questionamento socrático, estruturação e psicoeducação eficazes e ensaio para melhorar a aprendizagem; evocação e modificação de pensamentos automáticos; descoberta e modificação de esquemas; métodos comportamentais para reverter padrões de desamparo, comportamento autodestrutivo e evitação; desenvolvimento de habilidades para ajudar a evitar a recaída.

As teorias e os métodos descritos por Beck, e por muitos outros colaboradores do modelo cognitivo, estenderam-se a uma grande variedade de quadros clínicos, incluindo a depressão, os transtornos de ansiedade, os transtornos alimentares, a

² Fatores a serem explicitados: exame do estado mental e sintomas atuais do cliente, observando a teoria cognitiva conjugada à psicopatologia, questões situacionais e relações interpessoais, base sociocultural, pontos fortes / recursos e qualidades pessoais, impacto da história do desenvolvimento, da genética, dos fatores biológicos e das doenças médicas.

³ Emprega-se o termo empirismo colaborativo para descrever a relação terapêutica na terapia cognitiva. Terapeuta e cliente trabalham juntos como uma equipe investigativa, desenvolvendo hipóteses sobre a exatidão ou o valor de enfrentamento de uma série de cognições e comportamentos. Eles então colaboram no desenvolvimento de um estilo mais saudável de pensamento e de habilidades de enfrentamento e na reversão de padrões improdutivos de comportamento.

esquizofrenia, o transtorno bipolar, a dor crônica, os transtornos de personalidade e o abuso de substâncias. Foram realizados mais de 300 estudos controlados da terapia cognitiva para uma série de transtornos psiquiátricos (BUTLER e BECK, 2000).

3 O Questionamento Socrático

“Os homens não se perturbam pelas coisas que acontecem, mas sim pelas opiniões sobre as coisas”
(EPITECTUS, 1991, p. 14).

Uma das técnicas de intervenção mais utilizadas na prática clínica da terapia cognitiva é o diálogo socrático. Não há um consenso em relação à sua definição, portanto apresenta-se aqui uma visão decorrente de um processo de evolução ocorrido na busca de utilização do diálogo socrático no processo terapêutico.

WRIGHT e cols. (2008) citam que o estilo de questionamento socrático usado na terapia cognitiva baseia-se em uma relação empírica colaborativa e tem o objetivo de ajudar o paciente a reconhecer e modificar o pensamento desadaptativo. Sua ampla utilização pode ser explicada por ser um instrumento que viabiliza ao terapeuta dirigir a atenção do paciente para uma área específica, de modo que ambos, terapeuta e paciente, possam avaliar as respostas em relação ao tema e esclarecer ou definir o problema. Também pode auxiliar a identificar pensamentos, imagens e crenças, possibilitando examinar o significado atribuído pelo paciente aos eventos e avaliar as consequências de pensamentos ou comportamentos (J. BECK, 1997). Essa exploração cooperativa auxilia na descoberta guiada, por meio de uma série de perguntas indutivas proferidas pelo terapeuta, para revelar padrões disfuncionais de pensamento ou comportamento e propiciar a modificação de padrões disfuncionais de pensamento, facilitando mudanças comportamentais, ambientais e biológicas. Descortina-se assim um processo de cuidado de aspectos da vida, visando o equilíbrio do ser em foco, o paciente, de forma a estabelecer o equilíbrio da saúde deste.

A técnica do questionamento socrático é estruturada por uma série de questões intencionalmente elaboradas, a partir das definições de objetivos no decorrer da terapia. Consiste em fazer perguntas ao paciente destinadas a facilitar seu pensamento independente e sua auto-exploração. Em vez instruir diretamente o paciente, o terapeuta tenta fazer com que ele se envolva no processo de descoberta, o que é muito mais poderoso em termos de aprendizagem. Portanto, busca promover a autonomia do paciente ao ajudá-lo a desenvolver habilidades

cognitivas relevantes para lidar com muitas situações problema. Visa levar a conclusões lógicas, favorecer a objetividade em relação a um problema, facilitando a elaboração de diretrizes adequadas para futuras ações.

As questões formuladas pelo terapeuta têm vários objetivos, como:

- a) obter informações, conhecer o problema trazido pelo paciente;
- b) obter uma visão geral acerca do seu estilo de vida atual;
- c) avaliar estratégias de enfrentamento;
- d) avaliar os estressores e o funcionamento bio-afetivo-cognitivo-social;
- e) traduzir queixas vagas em problemas concretos;
- f) decidir sobre tipo de enfoque a ser utilizado em relação ao problema;
- g) examinar o significado atribuído pelo paciente aos eventos e avaliar as consequências de pensamentos ou comportamentos;
- h) auxiliar o paciente a avaliar as consequências de seus comportamentos disfuncionais e de possíveis mudanças;
- i) identificar cognições específicas associadas a emoções ou comportamentos disfuncionais;
- j) avaliar as autoverbalizações do paciente;
- k) avaliar auto-avaliações negativas;
- l) explorar áreas de difícil acesso;
- m) na medida em que o paciente identifica questões para as quais desconhece as respostas, pode se motivar a aprender e tentar descobrir soluções para as suas dificuldades (BECK et al. 1979; J.BECK,1997; OVERHOLSER,1993a).

O método socrático se baseia fortemente nas abordagens cognitiva e verbal para efetuar a mudança. Se usada isoladamente, esta abordagem cognitiva poderia negligenciar questões emocionais e o relacionamento terapêutico. Portanto, o método socrático funciona melhor se incorporado a uma estrutura mais ampla de psicoterapia.

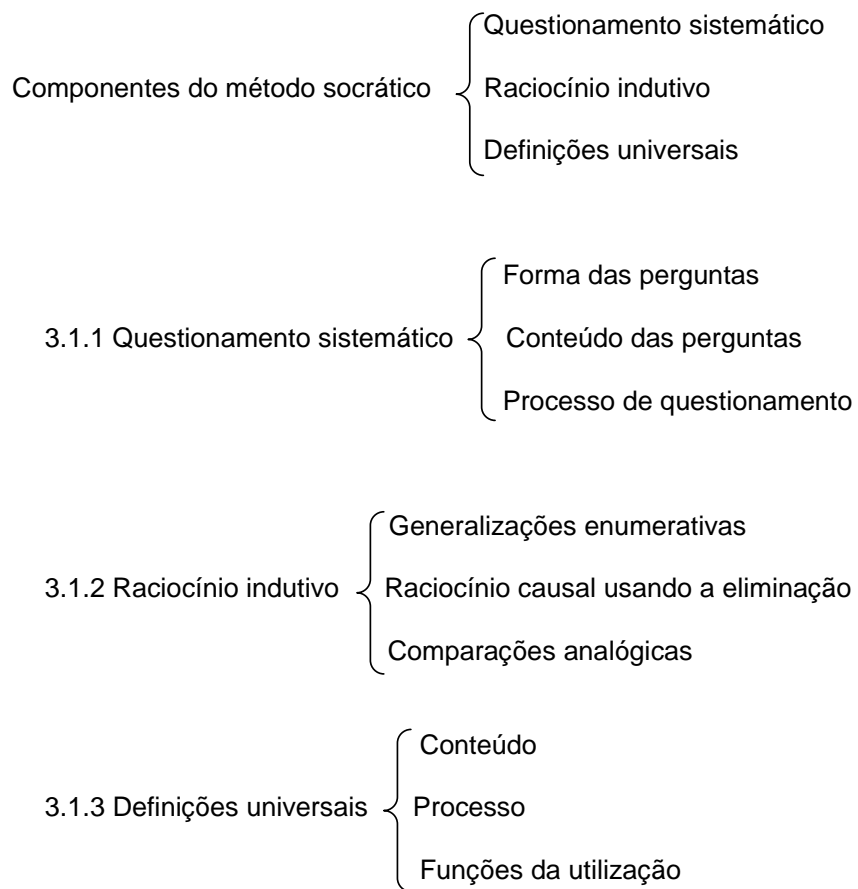
DOBSON (2001) orienta que uma forma de desenvolver habilidades para aprender a utilizar o Diálogo Socrático é ouvir sessões gravadas de atendimento, interrompendo-se a fita cada vez que o terapeuta fizer uma observação ou uma pergunta, identificar o objetivo e as partes da questão colocada, tentando-se

elaborar uma questão, seja na forma afirmativa, interrogativa ou exclamativa, com o mesmo objetivo, mas de forma mais proveitosa.

3.1 Componentes do método socrático

O diálogo socrático implica na ação ativa e colaborativa do paciente e do terapeuta para sua execução.

A descrição do questionamento socrático na prática clínica da psicoterapia cognitiva a partir de uma revisão das ideias de Overholser fica assim apresentada:



3.1.1 Questionamento sistemático

Questionamento sistemático é o componente mais utilizado e envolve a formulação de uma série de questões graduadas, passo a passo, desenhadas para moldar o processo da condução terapêutica, ajudar o paciente a perceber evidências inadequadas ou inconsistências lógicas em suas crenças e a desenvolver a habilidade para pensar de maneira independente. O questionamento pode ser descrito quanto à forma, ao conteúdo das perguntas e ao seu processo.

3.1.1.1 *Forma da pergunta*

A forma de uma pergunta pode envolver um ou vários destes aspectos na sua constituição:

- a) memória (“Quando o problema começou?”): perguntas de memória, geralmente estão relacionadas à capacidade de o paciente lembrar-se de fatos e detalhes específicos, requerendo que o mesmo recorde ou reconheça informações necessárias para responder a pergunta. Isso pode facilitar o processo de coleta de informações, porém, os fatos devem servir como meio para um determinado fim, em vez de um fim em si mesmo.
- b) tradução (“O que isso significa para você?”): perguntas de tradução requerem que o paciente traduza as ideias para uma forma diferente, mas paralela. Podem ajudar a identificar deficiências na compreensão do paciente, no caso de o paciente ter dificuldades em realizar essa “tradução”, o que oferece uma oportunidade para esclarecimentos.
- c) interpretação (“O que essas duas situações difíceis têm em comum?”): perguntas de interpretação ajudam o paciente a descobrir relações entre fatos, generalizações, definições, valores e habilidades.
Acredita-se que o paciente aprenda mais quando descobre relacionamentos por ele mesmo, em vez de simplesmente terem esses relacionamentos explicados para ele.
As questões de interpretação podem:

Fornecer duas ideias e pedir ao paciente para identificar a relação entre elas (Seus problemas conjugais parecem semelhantes aos seus problemas no trabalho? Como essas duas situações são semelhantes? Como elas diferem?).

Fornecer uma ideia e uma relação e pedir ao paciente que identifique uma segunda ideia. A ênfase está em relacionar um novo problema a informações que a pessoa já possui. Por exemplo, no caso de perguntar ao paciente – “Eu me pergunto se podemos aprender alguma coisa com o seu primeiro casamento que iria nos ajudar aqui.”, fornecemos uma ideia (o primeiro casamento) e uma relação (entre o primeiro e a situação atual) e pedimos que daí o paciente apresente a segunda ideia.

Ajudar o paciente a aprender a interpretar o simbolismo de analogias indutivas (“O que podemos aprender com isso?” “Você pode explicar isso?”) de forma que ele possa ter clareza conceitual e relacional dos termos, imagens, ditos que utiliza, em sua linguagem, para evidenciar suas conclusões a respeito de algo (ver item 3.1.2).

- d) aplicação (“O que você tentou fazer para lidar com esse problema?”): perguntas de aplicação pedem que o paciente aplique informações e/ou habilidades a uma situação-problema específica. Isto requer identificação, seleção e implementação de habilidades apropriadas. Para tanto, é necessário que o paciente receba alguma orientação que o direcione para que identifique essas etapas. Assim, essas perguntas são uma maneira de se praticar o uso de conhecimentos e habilidades, que foram discutidos anteriormente e que agora precisam ser aplicados.
- e) análise (“O que torna essa situação pior? E o que a torna mais fácil?”): perguntas de análise pedem ao paciente para resolver um problema, dividindo-o em partes. Procura-se estimular que o paciente desenvolva a consciência dos processos de pensamentos, que são usados para se chegar a conclusões lógicas. Assim, questões de análise ajudam o paciente a aprender a seguir os princípios da lógica dedutiva, raciocinar da causa para o efeito. Reforçam o fato de que conclusões devem ser baseadas em evidências adequadas, promovendo a objetividade do pensamento lógico.

f) síntese (“De que forma você pode encarar essa situação?”): perguntas de síntese encorajam o paciente a resolver problemas através do uso do pensamento criativo / divergente.

O terapeuta não deve ter uma resposta pré-planejada, mas esperar o paciente gerar suas próprias respostas. Portanto, as perguntas devem sugerir diversos caminhos para soluções possíveis. Para que o paciente consiga chegar à síntese, pode ser necessário ajudá-lo a identificar todas as fontes relevantes de informações pertinentes serem sintetizadas. Então, as questões de síntese muitas vezes usam o raciocínio indutivo (ver item 3.1.2) para conectar elementos diversos em um padrão que faça sentido. Esse tipo de pergunta também é importante quando se trabalham as definições universais (ver item 3.1.3).

g) avaliação (“O que você procura num relacionamento?” “Como você avaliaria seu casamento?”): perguntas de avaliação pedem ao paciente para fazer um julgamento de valor de algo ou alguma situação, de acordo com critérios específicos. Portanto, primeiramente, devem-se identificar os critérios considerados apropriados e, em seguida, determinar o quanto aquilo que se está avaliando preenche esses critérios.

As questões podem possuir uma destas formas ou, no caso de questões mais complexas, pode ocorrer a integração de diversas (“Retorne seu pensamento a cena que você identifica como mais marcante das suas férias. Qual a resposta você julga que seria a mais adequada e por que?”). É importante levar em consideração a forma da pergunta, porque ela pode influenciar o seu efeito. Além disso, o uso de formas variadas pode estimular o paciente a utilizar diferentes maneiras de pensar.

É importante lembrar que nem toda questão precisa ser colocada na forma interrogativa. Pode ser colocada como clarificação, reflexão ou afirmativa, o que reduz o tom “de interrogatório” da entrevista. (“Você exemplificou a dor, agora diz que sua filha a provoca. Estou ouvindo que você entende essa sua dor como expressão de algo ...”).

3.1.1.2 Conteúdo da pergunta

Overholser (1993a), pautado nos seus próprios estudos anteriores (1987) e em outros teóricos como Tomm (1987), Seeskin (1987), Garner (1978), Bloom (1956), Blank e White (1986), e, principalmente, na abordagem de resolução de problemas, desenvolvida por D'Zurilla e Goldfried (1971), diz que a maioria das perguntas socráticas é destinada a promover no paciente a capacidade de solução de problemas usando estratégias racionais.

Portanto, o conteúdo da pergunta pode estar relacionado a um dos quatro estágios do treino em 'solução de problemas', que são: definição do problema, geração de alternativas de enfrentamento, tomada de decisão e implementação (Tabela 1).

– definição do problema

O estágio de definição do problema usa uma série de perguntas para ajudar o paciente a definir operacionalmente uma área problema específica. As perguntas podem ser usadas para ajudar a identificar os aspectos emocionais e de juízo do problema. Por exemplo, questões como "O que você acha que é o problema?", "O que torna isso um problema?", "A que ponto que chega?" podem ajudar o paciente a identificar quais as condições inaceitáveis. Além disso, questões sobre o futuro, como "O que você espera conseguir?" podem ajudar a cultivar e solidificar os objetivos do paciente. Os objetivos devem ser descritos em termos específicos, concretos e realistas.

Perguntas de memória podem ajudar a assegurar uma avaliação precisa e minuciosa da área problema. Problemas emocionais e interpessoais muitas vezes deixam o paciente assoberbado, tornando difícil pensar e agir de uma maneira racional. Propiciar que o paciente responda perguntas quanto à frequência, intensidade e duração do problema, pode fazer com que um problema enorme pareça mais manejável. Perguntas úteis incluem: "Com que frequência o problema acontece?", "Quando isso acontece, quanto tempo dura?", "Há momentos em que o problema desaparece completamente?".

Perguntas de análise podem ser utilizadas para identificar os antecedentes e as consequências que circundam temporalmente o problema de modo que o

paciente possa começar a identificar as possíveis causas e soluções potenciais. Também podem ajudá-lo a se tornar mais objetivo em suas descrições dos problemas na medida em que aprende a distinguir fatos de crenças.

– geração de alternativas de enfrentamento

O desenvolvimento de estratégias de enfrentamento é o estágio que envolve o uso de uma série de perguntas para ajudar o paciente a pensar em maneiras novas e criativas de lidar com o problema identificado. O objetivo neste estágio é aumentar a quantidade e a variedade de opções, presumindo que a avaliação da qualidade das mesmas ocorrerá em seguida. O uso de perguntas abertas ajuda o paciente a gerar muitas opções úteis para com o problema. Respostas inesperadas podem ser muito apropriadas e extremamente úteis.

Perguntas de síntese são usadas para estimular o pensamento divergente e para ajudar o paciente a formular um plano de ação.

Questões de aplicação podem ser usadas para ajudar o paciente a aprender sobre o manejo de uma área específica do problema. Através de perguntas como: "Você já percebeu um problema semelhante antes?", "Como você lidou com isso, então?", "Será que a mesma solução funcionaria novamente?", "Quais outras idéias poderiam ajudar?".

– tomada de decisões

No estágio de tomada de decisão, as perguntas são usadas para ajudar o paciente a identificar as vantagens e desvantagens de cada opção para com o problema.

Questões de análise são usadas para promover o pensamento crítico de modo que o paciente possa avaliar, de uma maneira sistemática, as consequências prováveis de curto e longo prazo de cada alternativa.

Perguntas de avaliação são usadas para examinar cada opção em termos do valor subjetivo do seu resultado mais provável. Ao examinar os riscos e benefícios potenciais de cada opção, o paciente deve ser capaz de identificar a melhor alternativa de enfrentamento ou combinação das alternativas para lidar com o problema. Este processo pode ajudar o paciente a aprender a maximizar os benefícios e minimizar os custos na sua tomada de decisões.

As questões de aplicação são utilizadas para estimar o tempo, a energia e as emoções necessárias para implementar a opção. Assim, embora o paciente possa não ter todas as informações sobre a situação, ele pode tomar boas decisões se questionado de forma adequada: "O que você acha que poderia ser feito?", "Como você acha que vai funcionar?", "O que você poderia ganhar se comportando dessa maneira?", "O que você poderia perder?", "Qual seria a pior coisa que poderia acontecer?", "Qual é a probabilidade de que o resultado seja o desejado?".

– implementação das decisões

Finalmente, o estágio de implementação envolve solicitar ao paciente para implementar a alternativa escolhida e avaliar os resultados.

Perguntas de aplicação são elaboradas para colocar em prática um plano de ação, na medida em que ajudam o paciente a planejar o curso da ação específica selecionada na etapa de tomada de decisão: "Então, o que você pretende fazer?", "Você já pensou sobre quando e onde você vai fazer isso?", "O quanto você acha que vai dar certo?"; "Existe alguma coisa que podemos fazer para aumentar as chances de dar certo?".

Depois que o paciente implementou o plano, questões de avaliação e análise podem ser usadas para avaliar o resultado e ajudá-lo a aprender com seus sucessos e fracassos. O paciente pode identificar abordagens que tenham pouca ou muita chance de serem bem sucedidas caso o problema venha a ocorrer novamente.

Questões para avaliar as estratégias depois de terem sido implementadas incluem: "Você está satisfeito com o resultado?", "Por que você acha que as coisas aconteceram assim?", "O que podemos aprender desta experiência?", "O que você gostaria de ter feito diferente?", "Da próxima vez que o problema ocorrer, como você vai lidar com ele?"

Tabela 1 – Grau de utilização das formas de perguntas, de acordo com o conteúdo da pergunta nas etapas de solução de problema

Questões de conteúdo para:	Formato da Pergunta de				
	Memória	Aplicação	Avaliação	Síntese	Análise
Definição do problema	+		+++		++
Gerar alternativas	+	++		+++	
Tomada de decisão		+	++		+++
Verificação					
Planejamento		+++	+	++	
Avaliação de resultados	+		+++		++

(Adaptado de Overholser, 1993a)

Legenda: Quanto à importância da forma, de acordo com o conteúdo da pergunta:

- + Pequena
- ++ Moderada
- +++ Grande

Fonte: OVERHOLSER, J. C. Elements of the Socratic Method: I - Systematic questioning: Case Western Reserve University. *Psychotherapy*, v. 30, n. 1, página70, Spring 1993

Segundo Overholser, o método socrático enfatiza uma abordagem de busca, onde o terapeuta serve como um guia facilitando um processo de autodescoberta. O paciente é visto como um perito que conhece a situação problema em primeira mão. Dessa maneira dois objetivos são atingidos simultaneamente: o problema específico é resolvido e o paciente começa a aprender o processo de resolução de problemas. É importante que o terapeuta coloque no paciente a responsabilidade de resolver seus próprios problemas. Tanto a decisão quanto a responsabilidade pela ação cabem ao paciente porque só ele irá experimentar as consequências de seus comportamentos.

3.1.1.3 Processo de questionamento

Overholser pontua que o uso efetivo do questionamento sistemático requer uma consciência do processo envolvido. Como o método socrático usa uma série de perguntas uma sequência temporal se desenvolve. O terapeuta alterna diversos tipos de estilos de entrevista à medida que a sessão progride. Cinco elementos do processo de questionamento foram identificados: a pergunta principal, a explicação, a defesa, uma progressão sequencial, e o uso de sequências curtas.

A pergunta principal contém uma pressuposição implícita e serve para focar a atenção do paciente em uma área específica. No entanto, o enunciado da pergunta não deve empurrá-lo em direção à uma resposta, ou seja, deve-se fornecer um direcionamento adequado, sem enviesar desnecessariamente a resposta do paciente. Uma maneira de fazer isso é oferecer duas alternativas

de forma a minimizar o uso de perguntas excessivamente tendenciosas. Se o direcionamento for excessivo, o paciente pode assumir uma atitude passiva, esperando que o terapeuta conduza a sessão. Por exemplo, poderia se perguntar "Você acha que conversar sobre isso com o seu marido iria ajudar vocês dois a aprender a lidar com este problema, ou só iria levar a mais uma discussão?". Em vez de perguntar por informações factuais, a pergunta principal habilidosa pode pedir ao paciente para pensar sobre determinadas questões e expressar seus pontos de vista e analisá-los.

É preciso paciência de ambas as partes, a fim de persistir com uma linha de questionamento quando a resposta não é evidente.

A explicação ocorre quando o paciente não entendeu a pergunta principal. Pode ser necessário explicar a pressuposição implícita na pergunta principal. Por exemplo, ao se perguntar, "O que você poderia ter feito de diferente nessa situação?", o paciente pode responder "Eu não sei". Pode se então deixar explícita a pressuposição (algo de diferente poderia ter sido feito) perguntando "Você poderia ter feito algo de diferente?", ao que o paciente responderia sim ou não. É como se fosse um passo atrás em relação à pergunta principal. No entanto, é importante que a explicação não ocorra com muita frequência, porque isso implica que o terapeuta julgou mal o nível de compreensão do paciente e também porque afeta a relação terapêutica. O paciente pode se sentir ameaçado se for incapaz de seguir a linha de questionamento repetidas vezes. Assim, o terapeuta deve usar as respostas do paciente para ajustar o processo de questionamento às habilidades do paciente.

A defesa se segue à explicação: solicita-se ao paciente que defenda seu ponto de vista. A defesa força o paciente a avaliar sua própria lógica e ajuda a promover o *insight* quanto ao raciocínio que ele usou para responder à pergunta. Algumas vezes, perguntar "Por que você acha isso?" pode ajudar a esclarecer suas pressuposições, embora perguntas do tipo "Por que" possam provocar uma atitude defensiva do paciente. Para minimizar esse risco, podem-se usar frases menos incisivas como "Quais motivos haveria para você achar isso?". Durante o processo de ajudar o paciente a analisar passo-

a-passo o seu raciocínio, o terapeuta não deve demonstrar duvidar de sua inteligência ou honestidade.

A progressão sequencial ocorre quando uma segunda questão principal é usada para levar a discussão mais perto do objetivo pretendido. É como se a compreensão do paciente, sua apreciação e integração de questões complexas, fosse sendo progressivamente refinada. Evitam-se fazer perguntas complexas demais e as respostas às primeiras perguntas vão servindo de base para as perguntas subsequentes. Overhoser faz uma comparação com o processo de ajudar uma criança a montar um quebra-cabeça. “Se você entrega à criança uma peça, mas ela não consegue encontrar o lugar apropriado, você não continua entregando a mesma peça para ela. Em vez disso, você pode dar algumas outras peças. À medida em que a imagem vai se tornando mais clara, a criança pode facilmente colocar a peça que inicialmente era difícil”.

Sequências curtas devem ser usadas no questionamento sistemático, ou seja, deve se fazer uma alternância entre o diálogo socrático e diálogo não-socrático. Apesar das vantagens do processo de questionamento sistemático, ele não deve ser usado em excesso. Perguntas podem limitar a espontaneidade, por restringir a comunicação do paciente a respostas para perguntas específicas, e seu uso excessivo irá limitar a auto-exploração do paciente e poderá interferir no relacionamento terapêutico. Portanto, o questionamento deve ser alternado e equilibrado com momentos nos quais outras intervenções são usadas, as questões são explicadas ou discutidas em um estilo não-socrático, é dado um *feedback* ou são fornecidas outras informações, por exemplo. E só se deve fazer uma pergunta de cada vez, deixando que o paciente conte sua própria história.

Portanto, o questionamento sistemático envolve uma interação complexa entre formato, conteúdo das perguntas e questões relacionadas ao processo. O formato das perguntas socráticas enfatiza processos cognitivos superiores. Em vez de pedir ao paciente para se lembrar de fatos e detalhes, é mais provável que as perguntas socráticas favoreçam a análise, síntese e avaliação de diferentes fontes

de informação. O conteúdo das perguntas socráticas se concentra no desenvolvimento independente de habilidades para resolver problemas. O processo de questionamento sistemático enfatiza uma interação colaborativa entre terapeuta e paciente (Overholser, 1993b).

O questionamento socrático pode ser usado para facilitar a descoberta auto-iniciada, ajudando o paciente a perceber as respostas que já possui (Navia, 1985). Auto-descoberta é importante porque instruções explícitas são muitas vezes contra produtivas (Claiborn & Dixon, 1982). O método socrático pode promover a autonomia (Overholser de 1987) e reduzir a resistência (Overholser de 1991). O processo de questionamento pode ser usado para ajudar o paciente a identificar e desenvolver habilidades que lhes faltam (Blank & White, 1986). Ele pode aprender a identificar e auto-corrigir o raciocínio ilógico (Seeskin, 1987).

Não obstante sua utilidade, método socrático tem suas limitações. Ele não deve ser usado quando o paciente tem poucas chances de se beneficiar de um processo cognitivo exploratório. Por exemplo, as crianças pequenas, pacientes que sofrem de demência, psicose ou outras síndromes cerebrais orgânicas podem não ter a capacidade abstrata para se beneficiar dele. Finalmente, por causa da ênfase na interação verbal, o método socrático pode ser ineficaz com deficientes auditivos e pacientes cuja língua materna é diferente daquela do terapeuta.

3.1.2 Raciocínio indutivo

Em geral o raciocínio indutivo desempenha um papel central no método socrático e pode ser uma ferramenta valiosa na psicoterapia. É usado para fazer inferências gerais a partir da experiência com eventos específicos. O processo básico de raciocínio indutivo envolve análise de semelhanças e diferenças entre experiências específicas a fim de extrair um princípio geral sobre uma classe de eventos (Pellegrino, 1985). A partir desta análise, podem se criar novas ideias, levantar novas hipóteses, propor novas teorias a serem testadas e construir uma visão mais ampla da realidade, que vá além das experiências. O raciocínio indutivo pode ajudar o paciente a distinguir entre fatos, crenças e opiniões (Gambrill, 1990). Conforme utilizado na psicoterapia, o raciocínio indutivo ajuda o paciente a desenvolver expectativas apropriadas e estratégias de enfrentamento em um nível bastante abstrato.

A teoria e a utilidade clínica do raciocínio lógico são compostas por três formas de raciocínio indutivo de aplicações variadas: generalizações enumerativas, comparações analógicas e raciocínio causal usando a eliminação.

As generalizações enumerativas usam a identificação de um padrão para apoiar a conclusão sobre um grupo inteiro de eventos.

O raciocínio causal usando a eliminação envolve manipular as condições do ambiente para examinar possíveis causas de eventos problemáticos específicos. Depois que uma causa provável foi identificada, ela pode ser modificada através do tratamento.

As comparações analógicas ajudam o paciente a transferir conhecimento de situações familiares para situações novas.

Para ressaltar a utilidade clínica do raciocínio analógico descreve-se a seguir como o uso de analogias pode aumentar a flexibilidade cognitiva do paciente ajudando-o a entender os seus problemas a partir de uma perspectiva diferente.

3.1.2.1 Comparação por analogia

Uma forma de raciocínio indutivo bastante utilizada é a comparação analógica. O raciocínio por analogia envolve olhar além das semelhanças superficiais (aparências), e examinar as semelhanças estruturais (funções) de dois processos (Holyoak & Koh, 1987), preservando a relação estrutural entre o familiar e a situação nova (Johnson-Laird, 1989). Se isso é feito corretamente, as analogias ajudam a reduzir problemas novos e complexos em um núcleo mais simples e mais familiar (Spiro et al., 1989). Um senso de alívio ocorre quando as pessoas percebem que problemas novos podem ser tratados transferindo informações familiares para o novo problema, reduzindo o risco de o paciente se sentir frustrado e assoberbado (Bransford, Franks, Vye, & Sherwood, 1989).

As analogias são classificadas em dois subtipos: intradomínio e entredomínios (Holland et al., 1986).

3.1.2.1.1 Analogias do subtipo intradomínio

Analogias intradomínio envolvem examinar o problema atual fazendo comparações com problemas semelhantes do passado, ou comparando problemas similares em

situações diferentes (por exemplo, o divórcio versus a aposentadoria). O paciente aprende a transferir conhecimentos de uma área para outra. Por exemplo, pode-se ajudar o paciente a traçar paralelos entre os problemas do passado e os atuais, e entre as medidas que foram eficazes ou ineficazes na situação passada e as medidas potenciais atuais.

3.1.2.1.2 Analogias do subtipo entredomínios

Analogias entredomínios envolvem semelhanças abstratas entre situações obviamente muito diferentes. Analogias entredomínios podem ser baseadas em diferentes áreas, por exemplo, médica ou mecânica.

Analogias baseadas em práticas médicas envolvem fazer um paralelo entre algum procedimento básico relacionado à saúde e o problema atual. Por exemplo, pode se descrever como uma ferida mal-cicatrizada devido à presença de infecção (situação traumática pregressa) precisa ser aberta e limpa (psicoterapia), embora isso possa provocar dor, a fim de que possa ocorrer a cicatrização adequada (resolução do trauma).

Analogias com base em processos mecânicos fazem extrapolações a partir do funcionamento mecânico. Por exemplo, a descrição de um carro com quatro cilindros, onde cada cilindro é necessário para o bom funcionamento, pode ser usada para apontar a necessidade de que o funcionamento do ser humano seja baseado em mais de um foco; o funcionamento humano poderia ser descrito como baseado em quatro elementos principais: trabalho, família, amigos e crenças espirituais (ou outras áreas relevantes para um determinado paciente). A negligência de qualquer elemento poderia atrapalhar o desempenho global, da mesma forma que retirar um cilindro do carro. Se qualquer um desses "cilindros" não estiver funcionando, ele atrapalha o funcionamento da pessoa como um todo.

3.1.2.1.3 O uso das comparações analógicas em psicoterapia

O processo de utilizar comparações analógicas em psicoterapia começa com a observação sistemática. O paciente descreve uma situação-problema e o terapeuta usa perguntas e/ou tarefas para obter informações sobre a essa situação. Depois de se obter as informações necessárias procuram-se identificar os principais elementos do problema. Uma maneira de usar a analogia seria o terapeuta propor uma

analogia ou solicitar ao paciente que encontre uma situação-problema familiar paralela, mas que já tenha sido resolvida. A transferência de conhecimentos envolve a identificação de papéis correspondentes entre as duas situações (Holland et al., 1986). Então, procura-se fazer uma transferência do problema e da “solução” da situação paralela para o problema atual. Portanto as analogias podem orientar um processo de resolução de problemas facilitando a geração de alternativas, pela identificação de novas maneiras de enfrentamento. Além disso, a analogia pode fornecer uma “imagem” global que é fácil para o paciente lembrar (Martin, Cummings & Hallberg, 1992), contribuindo para aumentar a probabilidade de que ele mude o seu comportamento quando confrontado com a situação problemática novamente.

3.1.3 Definições universais

Definições universais descrevem as propriedades que são suficientes para capturar a essência de um conceito (Saunders, 1987). A descrição deve ser feita de maneira que o conceito permaneça inalterado em situações diversas, podendo ser utilizado e compreendido mesmo quando estas variam (OVERHOLSER, 1988). O conceito de independência, por exemplo, pode ser definido, de uma maneira geral, como ausência de controle e, portanto, ser aplicado tanto a um adolescente que luta por autonomia como a um adulto que decide se mudar para outra cidade.

A linguagem e a maneira como o paciente define algo influenciam a sua percepção, descrição e compreensão do mundo. Por isso, esclarecer o significado preciso de algo pode ajudar a reduzir as ambiguidades e os vieses na interpretação que o paciente dá ao que lhe acontece.

Em geral, os conceitos que precisam ser definidos durante o processo de terapia são complexos e abstratos e estão relacionados a questões centrais nos problemas do paciente (p.e. amor, confiança, sucesso, justiça, amizade). A formulação de definições universal é feita de maneira colaborativa e, para isso, o questionamento sistemático e o raciocínio indutivo são usados com frequência.

O questionamento envolvido no esclarecimento de definições pode ajudar o paciente a avaliar a adequação dos termos que usa e das generalizações que faz, mostrando às vezes a necessidade de reformulação; pode ajudar o paciente a se distanciar dos

seus pontos de vista tendenciosos e de suas suposições enviesadas e começar a avaliar experiências, problemas e aspirações de uma perspectiva mais ampla.

O processo de clarificação de definições na terapia também pode melhorar a relação entre terapeuta e paciente. O processo de questionamento assegura que o terapeuta compreende e explicita as pressuposições não ditas pelo paciente. Isso ajuda a evitar que o terapeuta interprete de maneira errônea as afirmações do paciente. Além disso, essa explicitação pode ajudar na compreensão de por que o paciente reage de determinada maneira a uma situação.

Usar definições universais em psicoterapia é um processo complexo e abstrato, por isso o método socrático não é adequado para todos os pacientes ou todas as sessões. Com adultos inteligentes, perspicazes e verbais, a abordagem socrática pode fornecer conceituações amplas para a terapia e pode facilitar a generalização dos efeitos do tratamento.

A seguir, descreveremos o conteúdo, o processo e as funções da utilização das definições universais na psicoterapia.

3.1.3 .1 Conteúdo das definições universais

Na psicoterapia, pode ser útil esclarecer definições em três áreas: rótulos de comportamento, padrões de avaliação, e qualidades abstratas.

Rótulos de comportamento podem descrever comportamentos problemáticos comuns. Por exemplo, o termo "agressividade" pode ser usado de maneira pouco específica para descrever vários tipos de respostas (Benjamin, 1985). Portanto, pode ser útil ajudar os pacientes a compreender a diferença entre sentir raiva e ter uma personalidade agressiva.

Pacientes tímidos, muitas vezes inibem a suas respostas, porque consideram ser assertivo o equivalente a ser "mal-educado". Rever e modificar esses rótulos de comportamento pode ter importantes implicações para muitos aspectos de tratamento.

Padrões de avaliação se referem aos critérios que o paciente usa para avaliar seu desempenho em determinadas situações. Por exemplo, o paciente muitas vezes dá

um significado idiossincrático para expressões como "um trabalho horrível", "um bom casamento", ou "ter sucesso".

O significado dado a essas expressões pode ser influenciado pelas metas irreais ou pelos padrões perfeccionistas do paciente. Os pacientes precisam evitar definir termos de avaliação com base em uma perspectiva estreita e uma gama limitada de experiências. Além disso, muitos pacientes tendem a dicotomizar a avaliação em extremos (p.e., sucesso versus fracasso), ignorando as várias gradações intermediárias.

Qualidades abstratas estão relacionadas a sentimentos e/ou qualificação de algo, como coragem, amor, amizade e beleza e a maneira como o paciente define essas qualidades pode contribuir para suas dificuldades. Esclarecer esses termos abstratos pode ter um potencial terapêutico.

3.1.3 .2 Processo de utilização das definições universais

O processo de elaboração de definições universais em psicoterapia geralmente passa pela refutação, coleta de novas informações e análise de diferentes aspectos para identificar a essência do conceito. Isto envolve ajudar o paciente a identificar as suas definições, avaliar as limitações das suas definições iniciais, e, em seguida, o terapeuta e o paciente criarem conjuntamente novas definições.

A refutação da definição original é uma avaliação crítica da generalização do paciente. Quando o paciente usa um termo para classificar uma ampla gama de acontecimentos, o terapeuta solicita uma definição clara e não ambígua do termo (Tredennick, 1969). O processo de questionamento, no qual terapeuta e paciente trabalham juntos para encontrar as limitações ou exceções à definição, pode usar observações empíricas e a avaliação teórica dos diferentes aspectos do conceito e muitas vezes revela confusão na definição e na generalização original do paciente (Navia, 1985). Depois que uma definição tenha sido refutada, o processo continua, na tentativa de obter uma definição universal satisfatória (Chessick, 1982).

Definições aceitáveis devem obedecer a certos critérios. A definição não deve ser descrita em linguagem metafórica (Black, 1952). Um termo e sua definição devem ser capazes de substituir um ao outro mantendo a verdade da afirmativa (Black,

1952; Quine, 1980). Algumas vezes pode ser informativo examinar o termo oposto; por exemplo, sucesso pode ser contrastado com fracasso.

Colecionar envolve a compilação de uma variedade de exemplos que terapeuta e paciente concordam que pertence a uma categoria. Depois que esses diversos exemplos foram coletados, a divisão é necessária para examiná-los e identificar seu elemento comum ou essência (Guthrie, 1971). Embora nenhum exemplo isolado possa capturar a essência de um conceito, a essência refere-se à única propriedade que permanece idêntica em todos os exemplos relevantes (Nakhnikian, 1971; Robinson, 1971). Assim, a divisão envolve identificar o elemento comum de ligação entre os exemplos (Lane, 1987). Depois que a essência foi definida, pode ser útil avaliar novamente a definição relacionando-a com todos os exemplos relevantes. Ou seja, ocorre um processo de construção, para gradualmente melhorar a definição através de sucessivas variações e, lentamente, modificar os pontos de vista do paciente sobre o tema (Overholser de 1992).

3.1.3 .3 Funções da utilização das definições universais

O processo de definir conceitos pode ter várias funções relevantes na psicoterapia. Num nível mais básico, as definições removem as ambiguidades da linguagem, para que o terapeuta e o paciente compreendam de maneira clara o conteúdo e o significado das declarações de cada pessoa. Num nível mais avançado, definições universais podem ser usadas para esclarecer a pertença ou não a categorias e para identificar causas potenciais (Santas, 1979). Além disso, as definições universais podem ampliar as perspectivas do paciente, limitar generalizações imprecisas e ajudar a orientar a mudança de comportamento.

Classificar o pertencimento a uma categoria é importante para decidir se um novo item pertence ou não à categoria (Waterfield, 1987). Depois que uma categoria foi definida claramente, é muito mais fácil reconhecer e classificar itens específicos (Santas, 1979). A definição deve ser baseada em características que sejam essenciais à categoria e não simplesmente atributos de que coincidem entre determinados indivíduos (Guthrie, 1971). Assim, a definição deve fornecer o padrão para decidir se casos incertos se qualificam como exemplos do conceito (Kahn, 1981; Kraut, 1984). Por exemplo, depois de definir o que é amizade, o paciente pode avaliar se determinado relacionamento é, realmente, uma amizade.

Definições universais podem ser usadas para identificar causas potenciais de um evento (Santas, 1979). Embora a divisão de eventos em causas e efeitos possa ser um tanto arbitrária (Efran, Lukens & Lukens, 1990), uma definição causal se baseia em fatores etiológicos que são comuns a todos os membros da categoria particular. Por exemplo, um paciente pode descobrir que problemas em diversas áreas de sua vida têm em comum a dificuldade de lidar com “autoridades”. A partir da análise do que esse termo significa para o paciente, podem-se compreender melhor quais os elementos comuns que podem estar contribuindo para suas dificuldades nas diversas situações.

Definições universais ajudam o paciente a ampliar as perspectivas na medida em que descobre que existem outros exemplos de determinado conceito, além dos que originalmente pensava (Benson, 1990). Essa mudança na definição pode ajudar os pacientes a enxergar os seus problemas de forma diferente. Por exemplo, um paciente que amplia a sua visão de exemplos de competência, pode se dar conta de que não é incompetente como pensava.

Muitos pacientes, a partir de um evento, fazem uma generalização para uma ampla gama de situações (Beck et al, 1979; Ellis, 1977). Definições universais podem ajudar os pacientes colocar limites nas generalizações, evitando generalizações inadequadas.

Definições universais apresentam-se como um guia de mudança de comportamento, que ajudam os pacientes a perceber seus problemas de forma diferente do que tinham antes. Frequentemente, uma nova perspectiva pode oferecer aos pacientes uma nova abordagem para lidar com problemas crônicos.

4 RESULTADOS

Overholser descreve o método socrático distinguindo três componentes: o questionamento sistemático, o raciocínio indutivo e as definições universais. Pode se fazer um paralelo entre esses três componentes e níveis ou enfoques na descrição do método socrático. A descrição do questionamento sistemático remete a um aspecto mais formal do método, pois aborda as perguntas em si, seu formato, conteúdo e aspectos mais gerais do encadeamento. O raciocínio indutivo mostra maneiras de estruturar o processo de questionamento para que seus objetivos sejam alcançados, enquanto a abordagem das definições universais discute a importância e implicação de esclarecer conceitos subjacentes à estruturação cognitiva do sujeito.

Nessa descrição, esclarecem-se os princípios subjacentes ao método socrático, sua estruturação e utilização na prática clínica, dentro de um processo psicoterápico.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O incentivo para realização deste estudo sobre o método socrático se deu pelo fato de essa técnica ser frequentemente citada por vários autores, como um instrumento considerado muito útil em terapias cognitivas, mas ter sido descrita de maneira detalhada por poucos autores.

Na terapia cognitiva, o terapeuta busca, através de uma variedade de formas, produzir a mudança cognitiva – mudança no pensamento e no sistema de crenças do paciente, visando promover mudança emocional e comportamental duradouras. Nesse processo o método socrático é uma ferramenta útil, pois mobiliza o paciente a pensar sobre o problema em discussão e a encontrar uma solução.

Diante da importância e utilidade do método socrático, parece ser relevante que o terapeuta busque compreender melhor sua composição. Acredita-se que este estudo possa contribuir para isso.

REFERÊNCIAS

Formatado: Português

BECK, Aaron. T, 1963 apud WRIGHT, J. H.; BASCO, M. R.; THASE, M. E.
Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado. Tradução
 Mônica Giclio Armando. Porto alegre: Artmed, 2008, p.16.

Formatado: Português

Formatado: Inglês (EUA)

BECK, A. T. Cognitive therapy: past, present, and future. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 61, n. 2, p. 194-198, 1993.

BECK, A. T. *et al. Cognitive therapy of substance abuse*. New York: Guilford, 1993.
 Disponível em:

<http://books.google.com.br/books?id=XSWUXLKeVZgC&printsec=frontcover&dq=cognitive+therapy+of+substance+abuse&hl=pt-BR&sa=X&ei=DykfT_aPH8HDgQe1gpSEDw&ved=0CDIQ6AEwAA#v=onepage&q=cognitive%20therapy%20of%20substance%20abuse&f=false>. Acesso em: 23/01/2012

Formatado: Inglês (EUA)

BECK et al. 1979 apud OVERHOLSER, J. C. Elements of the Socratic Method: I - Systematic questioning: Case Western Reserve University. *Psychotherapy*, v. 30, n. 1, p. 67. Spring 1993a.

Formatado: Inglês (EUA)

Formatado: Português

BECK, J. S. *Terapia cognitiva: teoria e prática*. Tradução Sandra Costa. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 18-319, 1997.

Benjamin, 1985 apud OVERHOLSER, J. C. Elements of the Socratic Method: III - disavowal of knowledge: Case Western Reserve University. *Psychotherapy*, v. 32, n. 2, p. 287. Summer 1995.

Formatado: Inglês (EUA)

Black, 1952; Quine, 1980 apud OVERHOLSER, J. C. Elements of the Socratic Method: III - disavowal of knowledge: Case Western Reserve University. *Psychotherapy*, v. 32, n. 2, p. 288. Summer 1995.

Blank & White, 1986 apud OVERHOLSER, J. C. Elements of the Socratic Method: I - Systematic questioning: Case Western Reserve University. *Psychotherapy*, v. 30, n. 1, p. 68. Spring 1993a.

Bransford, Franks, Vye, & Sherwood, 1989 apud OVERHOLSER, J. C. Elements of the Socratic Method: II - Inductive reasoning: Case Western Reserve University. *Psychotherapy*, v. 30, n. 1, p. 79, Spring 1993b.

Formatado: Português

BUTLER e BECK, 2000 apud WRIGHT, J. H.; BASCO, M. R.; THASE, M. E.
Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado. Tradução
 Mônica Giclio Armando. Porto alegre: Artmed, 2008, p.45 e 46.

Formatado: Inglês (EUA)

CAREY, TIMOTHY A., MULLAN RICHARD J. What Is Socratic Questioning? In: *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* Copyright 2004 by the Educational Publishing Foundation. 2004, Vol. 41, Nº. 3, p.217-226.

Chessick, 1982 apud OVERHOLSER , J. C. Elements of the Socratic Method: III - disavowal of knowledge: Case Western Reserve University. *Psychotherapy*, v. 32, n. 2, p. 288. Summer 1995.

Claiborn & Dixon, 1982 apud OVERHOLSER , J. C. Elements of the Socratic Method: II - Inductive reasoning: Case Western Reserve University. *Psychotherapy*, v. 30, n. 1, p. 83, Spring 1993b

DOBSON, K. S. Handbook of cognitive-behavioral therapies. 2. Ed. New York: Guilford, 2001. Disponível em:
<<http://books.google.com.br/books?id=MI5mqWdmsbMC&pg=PA69&dq=dobson+k+s+handbook+of+cognitive-behavioral+therapies.2.+ed+new+york+guilford+2001&hl=pt-BR&sa=X&ei=m1cfT7yLNobwggfm7JiHDw&sqi=2&ved=0CFMQ6AEwBA#v=onepage&q=dobson%20k%20s%20handbook%20of%20cognitive-behavioral%20therapies.2.%20ed%20new%20york%20guilford%202001&f=false>>.
Acesso em: 24/01/2012.

Formatado: Inglês (EUA)

Efran, Lukens & Lukens, 1990 apud OVERHOLSER , J. C. Elements of the Socratic Method: III - disavowal of knowledge: Case Western Reserve University. *Psychotherapy*, v. 32, n. 2, p. 290. Summer 1995.

Gambrill, 1990 apud OVERHOLSER , J. C. Elements of the Socratic Method: II - Inductive reasoning: Case Western Reserve University. *Psychotherapy*, v. 30, n. 1, p. 75, Spring 1993b.

Guthrie, 1971 apud OVERHOLSER , J. C. Elements of the Socratic Method: III - disavowal of knowledge: Case Western Reserve University. *Psychotherapy*, v. 32, n. 2, p. 288. Summer 1995.

Holland et al., 1986 apud OVERHOLSER , J. C. Elements of the Socratic Method: II - Inductive reasoning: Case Western Reserve University. *Psychotherapy*, v. 30, n. 1, p. 78, Spring 1993b.

Holyoak & Koh, 1987 apud OVERHOLSER , J. C. Elements of the Socratic Method: II - Inductive reasoning: Case Western Reserve University. *Psychotherapy*, v. 30, n. 1, p. 79, Spring 1993b.

Johnson-Laird, 1989 apud OVERHOLSER , J. C. Elements of the Socratic Method: II - Inductive reasoning: Case Western Reserve University. *Psychotherapy*, v. 30, n. 1, p. 79, Spring 1993b.

Lane, 1987 apud OVERHOLSER , J. C. Elements of the Socratic Method: III - disavowal of knowledge: Case Western Reserve University. *Psychotherapy*, v. 32, n. 2, p. 289. Summer 1995.

Martin, Cummings & Hallberg, 1992 apud OVERHOLSER , J. C. Elements of the Socratic Method: II - Inductive reasoning: Case Western Reserve University. *Psychotherapy*, v. 30, n. 1, p. 80, Spring 1993b.

Formatado: Português

MIYAZAKI, M. C. O. S. Diálogo socrático. In: ABREU, C. N. de; GUILHARDI, H. J. (Orgs.). *Terapia comportamental e cognitivo-comportamental*. São Paulo: Roca, 2004. p.311-319.

Formatado: Inglés (EUA)

Nakhnikian, 1971; Robinson, 1971 apud OVERHOLSER , J. C. Elements of the Socratic Method: III - disavowal of knowledge: Case Western Reserve University. *Psychotherapy*, v. 32, n. 2, p. 289. Summer 1995.

Navia, 1985 apud OVERHOLSER , J. C. Elements of the Socratic Method: II - Inductive reasoning: Case Western Reserve University. *Psychotherapy*, v. 30, n. 1, p. 77, Spring 1993b

Navia, 1985 apud OVERHOLSER , J. C. Elements of the Socratic Method: III - disavowal of knowledge: Case Western Reserve University. *Psychotherapy*, v. 32, n. 2, p. 288. Summer 1995.

Overholser de 1987 apud OVERHOLSER , J. C. Elements of the Socratic Method: II - Inductive reasoning: Case Western Reserve University. *Psychotherapy*, v. 30, n. 1, p. 83, Spring 1993b.

Overholser de 1988 apud OVERHOLSER , J. C. Elements of the Socratic Method: II - Inductive reasoning: Case Western Reserve University. *Psychotherapy*, v. 30, n. 1, p. 83, Spring 1993b.

Overholser de 1991 apud OVERHOLSER , J. C. Elements of the Socratic Method: II - Inductive reasoning: Case Western Reserve University. *Psychotherapy*, v. 30, n. 1, p. 80, Spring 1993b.

OVERHOLSER , J. C. Elements of the Socratic Method: I - Systematic questioning: Case Western Reserve University. *Psychotherapy*, v. 30, n. 1, p. 67 a 74. Spring 1993a.

OVERHOLSER , J. C. Elements of the Socratic Method: II - Inductive reasoning: Case Western Reserve University. *Psychotherapy*, v. 30, n. 1, p. 75 a 85, Spring 1993b.

OVERHOLSER , J. C. Elements of the Socratic Method: III - disavowal of knowledge: Case Western Reserve University. *Psychotherapy*, v. 32, n. 2, p. 286 a 293. Summer 1995.

Pellegrino, 1985 apud OVERHOLSER , J. C. Elements of the Socratic Method: II - Inductive reasoning: Case Western Reserve University. *Psychotherapy*, v. 30, n. 1, p. 80, Spring 1993b.

Santas, 1979 apud OVERHOLSER , J. C. Elements of the Socratic Method: III - disavowal of knowledge: Case Western Reserve University. *Psychotherapy*, v. 32, n. 2, p. 289. Summer 1995.

Saunders, 1987 apud OVERHOLSER , J. C. Elements of the Socratic Method: III - disavowal of knowledge: Case Western Reserve University. *Psychotherapy*, v. 32, n. 2, p. 286. Summer 1995.

Seeskin, 1987 apud OVERHOLSER , J. C. Elements of the Socratic Method: II - Inductive reasoning: Case Western Reserve University. *Psychotherapy*, v. 30, n. 1, p. 83, Spring 1993b.

Spiro et al., 1989 apud OVERHOLSER , J. C. Elements of the Socratic Method: II - Inductive reasoning: Case Western Reserve University. *Psychotherapy*, v. 30, n. 1, p. 79, Spring 1993b.

Tredennick, 1969 apud OVERHOLSER , J. C. Elements of the Socratic Method: III - disavowal of knowledge: Case Western Reserve University. *Psychotherapy*, v. 32, n. 2, p. 288. Summer 1995.

WRIGHT, J. H.; BASCO, M. R.; THASE, M. E. *Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado*. Tradução Mônica Giclio Armando. Porto alegre: Artmed, 2008, p.15 a 170.