11

IMPLICAÇÕES CLÍNICAS DAS FALSAS MEMÓRIAS

Giovanni Kuckartz Pergher
Rodrigo Grassi-Oliveira

Para reconhecer o papel exercido pela memória no contexto da psicoterapia, considere a pergunta feita frequentemente pelos terapeutas ao verem um paciente pela primeira vez: o que levou você a procurar terapia? Diante dessa pergunta, diversas respostas, tais como "eu tenho baixa autoestima" ou "perdi a vontade de viver desde a morte da minha esposa há dois anos" são comuns. O que essas respostas têm em comum? De maneira mais saliente, esses exemplos de motivações de busca por terapia (também chamados de "queixas") implicam um desejo de mudança.

Em um nível mais sutil, contudo, as queixas podem ser traduzidas fazendo-se referência a mecanismos de memória. A afirmação "eu tenho baixa autoestima" é sinônimo de "as lembranças que utilizo para formar a minha autoimagem são em sua maioria negativas, e isso me traz uma sensação de que eu não tenho valor". De maneira semelhante, "perdi a vontade de viver desde a morte da minha esposa há dois anos" pode ser entendido como "minha esposa está presente em todas as minhas lembranças de felicidade, e a vida parece perder o sentido quando me dou conta que jamais terei isso novamente".

As mudanças que as pessoas buscam com a psicoterapia podem ser referentes a qualquer tempo: passado (p. ex., "quero parar de me culpar pelos erros que eu cometi"), presente (p. ex., "quero reavivar o meu casamento") ou futuro (p. ex., "busco me preparar emocionalmente para assumir um cargo de chefia"). Independentemente da localização temporal da mudança desejada (passado, presente ou futuro), a memória está sempre envolvida (Williams, 1996). Uma vez que a psicoterapia se propõe a trabalhar com a memória dos pacientes, está implícita a ideia de que esta última é maleável, pois, caso não fosse, não seria possível trabalhá-la para buscar gerar as mudanças desejadas pelo paciente (Pergher, Stein e Wainer, 2004). Este é o lado positivo da maleabilidade da memória, uma vez que permite que as melhoras terapêuticas ocorram. Por outro lado, essa mesma maleabilidade que possibilita mudanças pode levar a um fenômeno indesejável: as Falsas Memórias (FM).

> Os motivos de busca por psicoterapia sempre possuem relação com a memória.

Tendo em vista que a memória está amplamente envolvida em todo processo psicoterápico, é razoável supor que um terapeuta deva conhecê-la suficientemente bem para que possa ajudar seus pacientes a alcançarem as mudanças desejadas (Wainer, Pergher e Piccoloto, 2004). Nesse sentido, o presente capítulo aborda questões relativas ao papel exercido pela memória (e suas distorções, como as FM) no processo de psicoterapia. Esperamos que as informações aqui apresentadas possam auxiliar terapeutas (formados ou em formação) em sua prática clínica.

Os termos *distorções de memória*, *vieses de memória*, *tendenciosidades da memória* e *falsas memórias* serão utilizados como sinônimos. Contudo, o termo *falsas memórias* será reservado para situações mais específicas, nas quais a lembrança do paciente pode ser seguramente rotulada como falsa. No contexto da psicoterapia, a distinção entre uma MV e uma FM pode ser nebulosa. Não raras vezes, as lembranças relatadas pelos pacientes contêm tanto elementos verdadeiros quanto falsos.

Por exemplo, suponha que uma paciente faça o seguinte relato sobre seu ambiente de trabalho: "eu sempre tive problemas de relacionamento com meu chefe". Nesse caso, a ocorrência dos problemas de relacionamento com a chefia pode ser verdadeira. No entanto, a afirmação de que esses problemas *sempre* existiram pode não corresponder à realidade. Assim, é difícil classificar esse relato como sendo baseado em uma FM. Por outro lado, é possível afirmar com maior segurança que se trata de um relato baseado em lembranças distorcidas, tendenciosas ou enviesadas.

A VISÃO DO PACIENTE DA SUA PRÓPRIA HISTÓRIA

Toda pessoa que busca ajuda via psicoterapia não escapa de um constante exercício: falar sobre si mesma. Quando um terapeuta procura conhecer seu paciente, ele faz perguntas sobre sua história de vida, investigando diversos aspectos: relacionamentos familiares, desempenho acadêmico, vida social e afetiva, atividades de lazer e assim por diante. À primeira vista, a tarefa do paciente parece simples: ele "só" precisa acessar a memória em busca das informações solicitadas e responder às perguntas.

Contudo, uma análise mais cautelosa evidencia que o processo de buscar informações sobre o próprio passado não é tão simples assim. Lembrar o próprio passado é muito mais do que simplesmente procurar documentos em um arquivo. Quando um paciente relata quaisquer informações sobre si mesmo ou sobre eventos que lhe aconteceram, ele não está apenas acessando lembranças de momento anteriores (Thomas, Hannula e Loftus, 2007). Mais do que isso, ele está reeditando seus registros do passado a partir da situação presente, e esse processo de reedição pode levar a distorções da memória (Fleming, Heikkinen e Dowd, 2002).

O paciente em psicoterapia: suas crenças, suas lembranças

> As pesquisas sobre a cognição humana não deixam dúvidas: o ser humano não é um processador passivo de informação.

As pesquisas sobre a cognição humana não deixam dúvidas: o ser humano não é um processador passivo de informação. Pelo contrário, estamos sempre ativos ao entrarmos em contato com o mundo, seja ele externo ou interno. A forma ativa pela qual um indivíduo se relaciona com o ambiente está diretamente relacionada a suas expectativas. Em outras palavras, as expectativas que a pessoa possui sobre o mundo influenciarão na sua maneira de vivenciá-lo. Consequentemente, sua experiência do ambiente será enviesada, de modo que esteja em maior consonância com suas expectativas, podendo dar origem às distorções de memória (Hirt, McDonald e Markman, 1998).

Tendo em vista o papel das expectativas no processo de moldar a experiência, é legítimo questionar: de onde vêm as expectativas que o indivíduo formula sobre o mundo? A resposta para essa pergunta está nas vivências passadas do indivíduo que estão armazenadas em sua memória, as quais levam à estruturação de um conjunto de crenças. Tal conjunto pode ser compreendido como um grupo de convicções sobre os diversos aspectos da realidade. Essas crenças, por sua vez, indicam o que o indivíduo deve esperar em cada um de seus contatos com o mundo, sendo ele interno ou externo (Beck e Alford, 2000).

Como pode ser observado na Figura 11.1, as crenças da pessoa estão diretamente relacionadas com suas lembranças, uma vez que são o alicerce sobre o qual

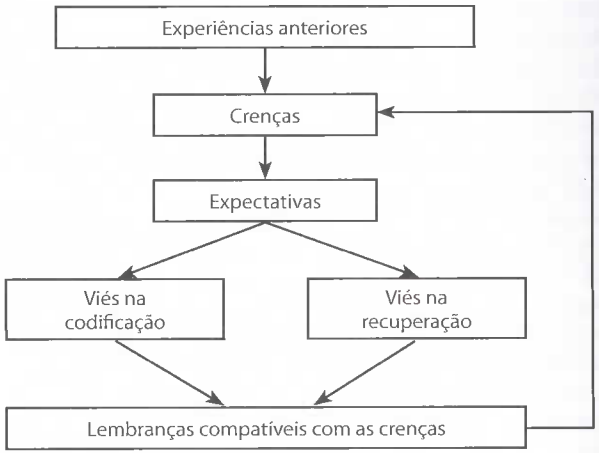

FIGURA 11.1
Relação entre a história de vida do indivíduo, suas crenças, expectativas e distorções da memória

as expectativas são formuladas. As expectativas, vale ressaltar, não dizem respeito apenas ao ambiente externo – elas também determinam o que a pessoa espera encontrar dentro de si mesma, na sua própria memória. A relação entre crenças e lembranças é tão próxima que, na prática, é impossível separá-las (Jones, 1999). Em decorrência dessa relação íntima, é razoável supor que mudanças nas crenças levarão a alterações correspondentes na memória – e existem diversas evidências empíricas que apóiam essa hipótese (Hirt, McDonald e Markman, 1998).

O sofrimento psicológico apresentado pelos pacientes que procuram psicoterapia pode ser entendido como uma decorrência de suas convicções (crenças) disfuncionais. Por exemplo, um paciente, se tiver a convicção de ser um fracasso, terá grandes chances de sofrer de alguma perturbação emocional. Logo, a psicoterapia é, em grande medida, uma ferramenta para mudar crenças disfuncionais, propiciando, assim, maior conforto e bem-estar emocional às pessoas que buscam esse tipo de ajuda (Beck e Alford, 2000).

Uma vez que a psicoterapia visa a reestruturar as crenças dos pacientes, ela pode constituir-se em um cenário propício para distorções de memória. Conforme vimos recentemente, mudanças nas crenças levam a mudanças nas expectativas, as quais, por sua vez, levam a vieses na memória. O paciente em psicoterapia, portanto, percorre um contínuo processo de revisão das próprias convicções, fazendo com que ele passe a olhar seu passado de uma maneira diferente (Brainerd e Reyna, 2005).

> Uma vez que a psicoterapia visa a reestruturar as crenças dos pacientes, ela pode constituir-se em um cenário propício para distorções de memória.

Lembranças e sua influência no comportamento

Diante de cada situação que o indivíduo vivencia, existem infinitas maneiras pelas quais ele poderia se comportar. Dadas as múltiplas possibilidades de comportamentos alternativos para cada situação, uma pergunta de especial importância é a seguinte: por que a pessoa escolhe justamente o comportamento "x", se inúmeros outros seriam possíveis? Mais uma vez, a resposta recai sobre a memória. Dito de maneira diferente, as lembranças que o indivíduo acessa em determinada circunstância influenciarão seu comportamento nessa situação.

Considere o papel exercido pela memória na seguinte situação clínica: crise conjugal. Em casais que apresentam relacionamentos conflituosos, as distorções de memória contribuem para a perpetuação de brigas e discussões. Graças à memória, situações prévias, independente de serem recentes ou distantes, são trazidas à tona nos momentos de desentendimento. É comum que tais situações sejam recordadas de maneira distorcida durante a discussão, recebendo o "colorido" do momento, ou seja, as situações passadas parecem mais estressantes no momento da briga do que realmente foram quando aconteceram. Consequentemente, o motivo imediato desencadeador da discussão acaba sendo recoberto por uma quantidade de outros problemas, tornando impossível uma abordagem objetiva e resolutiva do conflito. Não raras vezes, durante uma briga, a quantidade de epi-

sódios estressantes do passado que é recordada é tão grande que o casal sequer consegue lembrar a razão pela qual iniciou a discussão (Pergher, Grassi-Oliveira, Ávila e Stein, 2006).

A memória também influencia os conflitos conjugais na medida em que leva a vieses na interpretação que cada parceiro faz do comportamento do outro. Considere a seguinte situação: em um domingo, depois do almoço, o marido avisa a esposa que vai sair para jogar futebol com os amigos. A esposa fica então esperando em casa, pois gostaria de fazer um passeio com o marido na parte da tarde. Contudo, o tempo vai passando e o marido chega em casa perto do anoitecer, e isso funciona como um gatilho para uma discussão calorosa que avança até a madrugada.

Será que a esposa tem justificativa para ficar braba com essa situação? Certamente. Entretanto, a intensidade da sua indignação (que fez com que a discussão se estendesse por horas) não foi causada apenas pela situação em si. Ela reagiu com fúria quando interpretou o atraso do marido como "ele *sempre* me deixa em segundo plano". Em outras palavras, a memória da esposa funcionou de maneira tendenciosa – só foram recordadas as situações em que o marido não a colocou em primeiro plano (Gelder, 1997). Essa recuperação seletiva, por sua vez, causou a impressão de que o marido era extremamente distante e ausente no relacionamento, algo que, nesse exemplo, não correspondia à realidade objetiva dos fatos.

Um padrão semelhante de tendenciosidades da memória também é observado em relações conflituosas de outras naturezas – entre pais e filhos, entre professor e aluno, entre chefe e subordinado e assim por diante. Em todos esses casos, uma verdadeira avalanche de lembranças do passado é cuidadosamente selecionada, editada e acrescida à situação imediata, tornando suas proporções muito maiores do que realmente deveriam ser (Beck, 1999).

COMPREENDENDO O CASO CLÍNICO: O PACIENTE SOB A ÓTICA DO TERAPEUTA

A discussão até o momento focou-se nos vieses de memória apresentados pelos pacientes em uma variedade de situações clínicas. Conforme já apontado, a memória do paciente é um elemento central de qualquer psicoterapia. Contudo, não podemos nos esquecer que os terapeutas também possuem crenças e memórias, e estas estão igualmente sujeitas à distorção! Dessa forma, um terapeuta bem preparado deve estar ciente de seus próprios vieses, pois isso o habilita a reduzir os efeitos indesejados por eles provocados (Pergher e Stein, 2005). Esta seção do capítulo será dedicada a uma discussão acerca da influência que as crenças e lembranças do terapeuta exercem sobre o processo de psicoterapia.

> Um terapeuta bem preparado deve estar ciente de seus próprios vieses, pois isso o habilita a reduzir os efeitos indesejados por eles provocados.

Convicções do terapeuta e indução de falsas memórias

Considere o seguinte exemplo: um terapeuta está tentando ajudar uma paciente que apresenta queixas de ordem sexual. Mais especificamente, ela possui um transtorno da excitação sexual, ou seja, ela é incapaz de atingir ou manter as respostas corporais de excitação sexual que possibilitam uma relação prazerosa. Ao investigar as dificuldades da paciente, o terapeuta questiona como ela se sente durante as preliminares e no intercurso do ato em si. Prontamente ela responde: "não sei, parece que eu me sinto usada por ele, como se eu estivesse sendo abusada".

Na tentativa de conhecer em maior profundidade as dificuldades da paciente, o terapeuta investiga se a sensação de estar sendo usada está ocorrendo apenas agora, com seu atual namorado, ou se é um sintoma de mais tempo. Prontamente, mais uma vez, ela responde com convicção: "eu nunca dormi com alguém sem me sentir usada".

O terapeuta detectou acertadamente uma provável causa das dificuldades de excitação da paciente (a percepção que ela tem de estar sendo usada) e também identificou que estas ocorreram com todos os seus parceiros, desde que iniciou sua vida sexual. Além disso, um contato com a ginecologista da paciente descartou que quaisquer causas orgânicas pudessem explicar o quadro por ela apresentado.

O problema começa a surgir quando o terapeuta busca (de forma tendenciosa) as origens das sensações de abuso relatadas pela paciente. No entendimento de um terapeuta pouco preparado, as sensações descritas pela paciente só poderiam ter uma explicação: ela foi abusada sexualmente na infância! Isso faz muito sentido ao considerarmos o seguinte raciocínio: uma criança não está preparada para uma situação que envolva estimulação sexual. Portanto, se uma pessoa teve algum tipo de experiência sexual na infância, ela foi vítima de abuso. Consequentemente, é natural esperar que essa pessoa desenvolva uma associação entre a atividade sexual e a vivência de uma situação abusiva.

Esse raciocínio parece bastante razoável – em princípio não existe nada de errado com ele. Indivíduos que foram abusados sexualmente na infância, de fato, estão propensos a desenvolver problemas sexuais na vida adulta. Por outro lado, é um equívoco grosseiro acreditar que todos os adultos que apresentam problemas sexuais foram vítimas de abuso sexual na infância (Kendall-Tackett, Williams e Finkelhor, 1993; Rind, Tromovich e Bauserman, 1998). Infelizmente, se um terapeuta (ou qualquer outro profissional) possui crenças falaciosas como essa, ficam aumentadas as chances de que ele (mesmo na melhor das intenções) venha a implantar FM em seus pacientes (Davis e Loftus, 2006).

As crenças distorcidas dos terapeutas podem levar a uma sugestão de falsa informação, visto que levam a um viés confirmatório (Ceci e Bruck, 1995). O viés confirmatório pode ser definido como uma tendência do entrevistador a buscar e

> As crenças distorcidas dos terapeutas podem levar a uma sugestão de falsa informação, visto que levam a um viés confirmatório.

valorizar apenas as informações compatíveis com suas hipóteses, em vez de investigar objetivamente todos os fatos. No exemplo anterior, o terapeuta poderia ter assumido um viés confirmatório ao questionar sua paciente de maneira tendenciosa, com perguntas sistematicamente direcionadas para encontrar indícios de que ela foi abusada sexualmente na infância. Ao assumir um viés confirmatório, o terapeuta poderia, por exemplo, questionar: "me explica melhor como era esse jeito malicioso que o teu tio falava contigo", quando, na sessão, a paciente referiu apenas que não gostava na maneira que o tio falava com ela.

Na verdade, o viés confirmatório está presente em praticamente todas as situações em que uma pessoa faz uma busca por informações, como, por exemplo, quando um profissional da área forense entrevista uma testemunha. Entretanto, em grande parte das vezes, as hipóteses que o indivíduo levanta são adequadas, de modo que o viés confirmatório leva a confirmação de informações que são corretas de fato. O problema maior ocorre quando o viés confirmatório é calcado em crenças ou hipóteses equivocadas, pois estas favorecem a sugestão de falsa informação (Pergher e Stein, 2005).

O viés confirmatório é um processo que opera automaticamente, sem que as pessoas se deem conta (Loftus, Feldman e Dashiell, 1995). Dito de maneira diferente, não percebemos que direcionamos nossas perguntas para confirmar as hipóteses que possuímos. Antes disso, acreditamos que estamos fazendo uma investigação objetiva e imparcial dos fatos! Mesmo entrevistadores experientes apresentam uma tendência a buscar seletivamente por dados que apóiem suas versões sobre os fatos (Hall, 2002).

Muitas são as fontes das crenças distorcidas que levam a vieses confirmatórios potencialmente danosos. Essas fontes podem advir do ambiente externo. Os estereótipos sociais (p. ex., membros de torcidas organizadas são indivíduos violentos) e o senso comum (p. ex., quem ama seus filhos jamais faria algo que pudesse prejudicá-los) são bons exemplos de possíveis origens de crenças falaciosas. Por outro lado, a própria história de vida do terapeuta pode constituir-se numa fonte de vieses (Jackson e Nuttall, 1993). No Quadro 11.1 são apresentadas algumas concepções errôneas que podem conduzir o terapeuta a assumir um viés confirmatório. Os pressupostos apontados no quadro são considerados errôneos, visto que não são apoiados por evidências científicas. Portanto, caso um terapeuta utilize algum desses pressupostos para guiar suas intervenções, ele corre o risco de implantar FM em seus pacientes.

A possibilidade de um terapeuta implantar FM em seus pacientes não ocorre apenas quando este adota um viés confirmatório, sugestionando, direta e ativamente, alguma falsa informação. Determinados pressupostos, como aqueles apresentados no Quadro 11.1, por si só, são sugestivos por natureza. Em outras palavras, quando um terapeuta compartilha determinadas concepções falaciosas com seus pacientes, estas podem induzir FM por meio da autossugestão. Ou seja, o paciente passa a sugestionar a si próprio, baseado em pressupostos errôneos que aprendeu com o terapeuta. Nesses casos, o terapeuta não sugere uma falsa informação diretamente, mas cria uma atmosfera favorável à distorção mnemônica

QUADRO 11.1
Crenças falaciosas que podem levar terapeutas a induzirem falsas memórias

- "Um terapeuta experiente é capaz de distinguir as memórias verdadeiras das falsas memórias em seus pacientes"
- "É possível, a partir do desenho de uma criança, saber se ela foi abusada sexualmente"
- "Comportamento sexualizado em crianças é uma evidência inequívoca de que ela foi (ou está sendo) abusada sexualmente"
- "Qualquer memória pode ser recuperada intacta se forem adequadamente trabalhados os mecanismos de defesa que impedem sua lembrança"
- "As lembranças recuperadas sob hipnose são livres de distorções"
- "A confiança que a pessoa possui na exatidão das suas lembranças está positivamente correlacionada com a sua precisão objetiva"
- "Sintomas psicopatológicos são consequências de memórias reprimidas, as quais, quando recuperadas e trabalhadas, levarão à cura dos sintomas"
- "Se a recuperação de uma lembrança leva a uma melhora terapêutica, isso é um sinal de que a referida lembrança é verdadeira"

(Brainerd e Reyna, 2005). A sugestão é, pois, indireta. As vias de sugestão direta e indireta são representadas graficamente na Figura 11.2.

A indução de falsas memórias por parte do terapeuta pode se dar pela sugestão direta ou indireta de falsa informação.

Suponha que um terapeuta faça a seguinte afirmação durante uma sessão de psicoterapia: "Temos que buscar a origem, ou seja, a real causa dos pensamentos obsessivos que estão lhe perturbando. Esses pensamentos não saem da sua cabeça porque eles estão a serviço de algo – eles impedem que você recorde algo de que você não quer se lembrar. Porém, quando você conseguir acessar e encarar essas lembranças, os pensamentos obsessivos que tanto lhe atrapalham não terão mais razão de existir. Essa busca pode ser longa e dolorosa, mas só assim você poderá se libertar para sempre dessa prisão de obsessões".

Nesse exemplo, o terapeuta não fez uma sugestão direta ao seu paciente, pois não citou nenhum evento específico que poderia ter ocorrido em seu passado. Contudo, ao compartilhar suas crenças falaciosas, o terapeuta transmitiu três ideias que, atuando em conjunto, potencializam as chances do paciente se autossugerir. As três mensagens transmitidas foram:

1. os sintomas estão diretamente associados a lembranças que o paciente não está conseguindo acessar no momento;
2. tais lembranças podem ser recuperadas;
3. a cura definitiva depende da recuperação das lembranças.

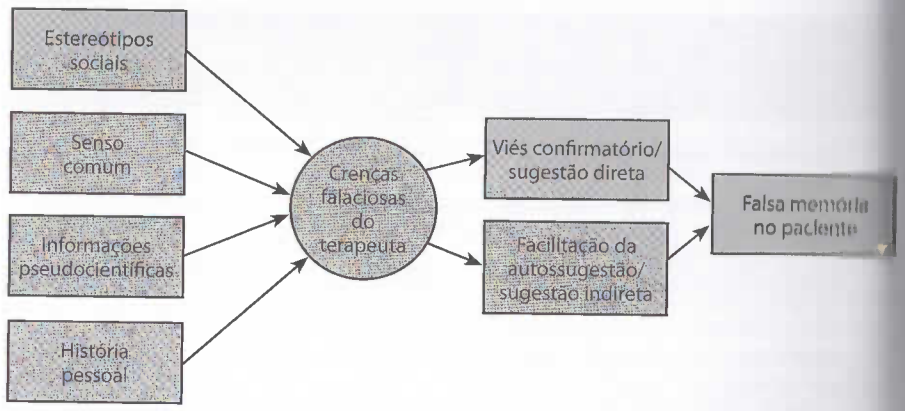

FIGURA 11.2
Fontes das crenças falaciosas dos terapeutas e sua relação com a sugestão de falsa informação

Para perceber a maneira pela qual mensagens como essas criam um ambiente favorável à autossugestão por parte do paciente, basta fazer um raciocínio simples. A pessoa que procura terapia está em busca de alguma mudança e confia que o terapeuta irá ajudá-la nesse processo, visto que possui, em princípio, as competências para tal. Essa confiança no saber do terapeuta leva a uma disposição a seguir suas orientações. Logo, se o terapeuta afirma que é preciso recuperar memórias reprimidas para alcançar as mudanças desejadas, o paciente vai engajar-se no processo de busca dessas memórias, mesmo que elas não existam (Schacter, 1996).

Para evitar as consequências destrutivas potenciais de crenças enganadoras, recomendamos que os terapeutas façam o uso de uma regra simples, porém muito poderosa. Essa regra (um tanto quanto trabalhosa, mas importante) envolve o seguinte: especificar para si mesmo, inicialmente, todos os pressupostos em que sua prática clínica se baseia. Depois disso, diante de cada pressuposto listado, perguntar-se: "conheço evidências científicas que sustentem essa convicção"? Outra pergunta útil para avaliar seus próprios pressupostos é "eu saberia indicar uma referência de pesquisa científica em que esteja descrito isso que eu afirmo ser verdadeiro"? Ao fazer esse exercício, o terapeuta estará menos propenso a conduzir o processo de psicoterapia de maneira enviesada (Williams et al., 1997).

Outro exercício útil para minimizar a indução de FM envolve a busca constante por hipóteses alternativas em relação ao que está ocorrendo com o paciente. Determinado sintoma apresentado pelo paciente poderia ser explicado pela causa "A". Esse mesmo sintoma, contudo, poderia também ter sido provocado pelas causas "B" ou "C". Assim, antes que o terapeuta comece a desenvolver uma linha de trabalho baseada na hipótese "A", é importante que investigue outras hipóteses

alternativas possíveis. Com esse exercício, ficam reduzidas as chances de que sua intervenção seja tendenciosa, o que poderia causar a implantação de FM.

É tarefa do terapeuta avaliar a acurácia da memória de seus pacientes?

A ideia de que o processo terapêutico poderia precipitar a recuperação de memórias traumáticas é extensamente difundida, porém não parece encontrar fundamentação científica. Por exemplo, Herman e Harvey (1997) realizaram uma pesquisa com 77 pacientes ambulatoriais de um serviço de saúde mental, os quais reportavam terem sido vítimas de experiências traumáticas na infância. Em seu estudo, identificaram que, na maioria dos casos, a psicoterapia não foi o fator que levou ao desbloqueio de memórias reprimidas. Antes disso, foi justamente a presença de lembranças dolorosas que levou os pacientes a buscarem ajuda psicoterapêutica.

Os resultados de Herman e Harvey (1997) sugerem que a maior parte dos pacientes com história de traumas não procura psicoterapia para recuperar mais memórias. Pelo contrário, os pacientes querem é ganhar mais controle sobre as lembranças intrusivas e involuntárias e tentar clarificar e entender possíveis emoções e comportamentos disfuncionais vinculados a essas memórias. Contudo, durante o processo de psicoterapia, o conteúdo das memórias pode sofrer edições, levando a criação de FM.

O terapeuta, portanto, deve ser cauteloso ao tentar averiguar a acurácia das memórias recuperadas no contexto da psicoterapia. Conforme as evidências científicas sugerem, é impossível avaliar com segurança a veracidade de uma lembrança sem que existam fontes independentes de informação que confirmem essas memórias (Loftus, 1993). Nesse sentido, os terapeutas trariam um benefício muito maior aos seus pacientes se centrassem seus esforços em não sugerir FM, em vez de tentarem constatar a veracidade das lembranças relatadas no decorrer da terapia (Martinez-Taboas, 1996).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora a memória seja um elemento central em todas as abordagens de psicoterapia, o estudo desse aspecto da cognição raramente recebe a devida ênfase nos cursos voltados à formação de psicoterapeutas, tanto em nível de graduação como de pós-graduação. Tendo em vista essa falta de tradição no estudo da memória por parte dos futuros psicoterapeutas, diversos profissionais recebem habilitação legal para oferecerem serviços de psicoterapia, apesar de possuírem uma importante lacuna em termos de conhecimentos científicos relevantes a esta prática (Jones, 1999).

A desinformação a respeito da memória pode se tornar especialmente problemática quando os terapeutas confundem a eficácia de uma determinada técnica com sua capacidade de ajudar o paciente a recuperar memórias acuradas. Em outras palavras, os terapeutas estarão mais propensos a implantarem FM em seus

pacientes se mantiverem a crença falaciosa de que uma técnica que leva ao *insight* produz uma melhora dos sintomas na medida em que tal procedimento permite que o paciente tenha acesso a memórias anteriormente indisponíveis à consciência. Alternativamente, os benefícios proporcionados pela psicoterapia podem ser melhor compreendidos como o resultado de uma nova perspectiva de olhar para o passado e não como frutos da descoberta de um "novo" passado. Nas palavras de Nash: "(...) aquilo que nós chamamos de *insight* pode ser mais um processo de criação do que um processo de descoberta" (1998, p. 94).

As evidências científicas disponíveis até o momento permitem que seja dito muito pouco sobre a relação exata entre a precisão das memórias recuperadas na psicoterapia e a melhora no quadro apresentado pelo paciente. Nesse sentido, o questionamento acerca da veracidade das memórias recuperadas por meio da utilização de qualquer técnica psicoterápica não é sinônimo de questionar sua utilidade do ponto de vista terapêutico. Mesmo que evidências científicas indiquem que determinada técnica não é capaz de levar à recuperação de lembranças acuradas, isso por si só não diz nada a respeito de sua eficácia e não torna a técnica contraindicada. É sempre bom reforçar: a eficácia terapêutica de uma técnica e sua capacidade de levar à recuperação de lembranças precisas são atributos diferentes e independentes.

A importância clínica de uma lembrança é indubitável, sua verdade histórica, porém, deve ser alvo de questionamentos.

O presente capítulo não se propôs a fazer nenhum tipo de avaliação sobre a utilidade clínica de qualquer técnica psicoterápica. A intenção foi a de alertar terapeutas atuantes e em formação sobre a possibilidade de distorções das memórias recuperadas no contexto da psicoterapia. Em síntese, a importância clínica de uma lembrança é indubitável, sua verdade histórica, porém, deve ser alvo de questionamentos.

REFERÊNCIAS

Beck, A. T. (1999). *Prisoners of hate: The cognitive basis of anger, hostility, and violence.* New York: Harper Collins.

Beck, A. T., & Alford, B. (2000). *O poder integrador da terapia cognitiva.* Porto Alegre: Artmed.

Brainerd, C. J., & Reyna, V. E. (2005). *The science of false memory.* New York: Oxford University Press.

Ceci, S. J., & Bruck, M. (1995). *Jeopardy in the courtroom: A Scientific analysis of children's testimony.* Washington: American Psychological Association.

Davis, D., & Loftus, E. F. (2006). Internal and external sources of misinformation in adult witness memory. In M. P. Toglia, J. D. Read, D. F. Ross, & R. C. L. Lindsay. (Eds.), *The Handbook of Eyewitness Psychology: Vol. 1. Memory for Events.* (pp. 195-237). New Jersey: Lawrence Erlbaum.

Fleming, K., Heikkinen, R., & Dowd, E. T. (2002). Cognitive therapy: The repair of memory. In R. L. Leahy & E. T. Dowd (Eds.), *Clinical advances in cognitive psychotherapy: Theory and application* (pp. 148-169). New York: Springer.

Gelder, M. (1997). The scientific foundations of cognitive behaviour therapy. In D. M. Clark & C. G. Fairburn (Eds.), *Science and practice of cognitive behaviour therapy* (pp. 27-46). Oxford: Oxford University Press.

Hall, K. H. (2002). Reviewing intuitive decision-making and uncertainty: The implications for medical education. *Medical Education, 36*(3), 216-224.

Herman, J. L., & Harvey, M. R. (1997). Adult memories of childhood trauma: A naturalistic clinical study. *Journal of Traumatic Stress, 10*(4), 557-571.

Hirt, E. R., McDonald, H. E., & Markman, K. D. (1998). Expectancy effects in reconstructive memory: When the past is just what we expected. In S. J. Lynn & K. M. McConkey. (Eds.), *Truth in memory* (pp. 62-89). New York: Guilford Press.

Jackson, H., & Nuttall, R. (1993). Clinician responses to sexual abuse allegations. *Child Abuse and Neglect, 17*(1), 127-143.

Jones, J. L. (1999). *The psychotherapist's guide to human memory.* New York: Basic Books.

Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin, 113*, 164-180.

Loftus, E. (1993). The reality of repressed memories. *American Psychologist, 48*, 518 -537.

Loftus, E. F., Feldman, J., & Dashiell, R. (1995). The reality of illusory memories. In D. L. Schacter (Ed.), *Memory distortion: How minds, brains and societies reconstruct the past* (pp. 47-68). Cambridge: Harvard University Press.

Martinez-Taboas, A. (1996). Repressed memories: Some clinical data contributing to its elucidation. *American Journal of Psychotherapy, 50*(2), 217-230.

Nash, M. R. (1998). Psychotherapy and reports of early sexual trauma: A conceptual framework for understanding memory errors. In S. J. Lynn & K. M. McConkey. (Eds.), *Truth in memory* (pp. 90-106). New York: Guilford Press.

Pergher, G. K., Grassi-Oliveira, R., Ávila, L. M., & Stein, L. M. (2006). Memória, humor e emoção. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 28*(1), 61-68.

Pergher, G. K., & Stein, L. M. (2005). Entrevista cognitiva e terapia cognitivo-comportamental: do âmbito forense à clínica. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, 1*(2), 11-20.

Pergher, G. K., Stein, L. M., & Wainer, R. (2004). Estudos sobre a memória na depressão: Achados e implicações para a terapia cognitiva. *Revista de Psiquiatria Clínica, 31*(2). 82-90.

Rind, B., Tromovich, P., & Bauserman, R. (1998). A meta-analytic examination of assumed properties of child sexual abuse using college samples. *Psychological Bulletin, 124*(1), 22-53.

Schacter, D. L. (1996). *Searching for memory: The brain, the mind and the past.* New York: Basic Books.

Thomas, A. K., Hannula, D. E., & Loftus, E. F. (2007). How self-relevant imagination affects memory for behaviour. *Applied Cognitive Psychology, 21*, 69-86.

Wainer, R. Pergher, G. K., & Piccoloto, N. M. (2004). Psicologia e terapia cognitiva: Da pesquisa experimental à clínica. In P. Knapp (Ed.), *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica* (pp.89-100). Porto Alegre: Artmed.

Williams, J. M. G. (1996). Memory processes and psychotherapy. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 97-113). New York: Guilford Press.

Williams, J. M. G., Watts, F. N., Macleod, C., & Mathews, A. (1997). *Cognitive psychology and the emotional disorders* (2nd ed.). Chichester: John Wiley & Sons.