

corpo de conhecimentos que gradualmente acumulávamos, que seria impossível citar mesmo os principais colaboradores. Somos gratos aos participantes, e estamos certos de que eles têm perfeito conhecimento de sua inestimável ajuda.

Queremos agradecer em especial àqueles nossos colegas que forneceram material, sugestões e comentários relevantes a cada um dos diversos manuais de tratamento que precederam a esta monografia. Entre os mais activos estiveram Marika Kovacs, David Burns, Ira Herman e Steven Hollon. Também somos extremamente gratos a Michael Mahoney, que leu todo o manuscrito e fez numerosas sugestões editoriais. Gostaríamos ainda de agradecer a Stirling Moorey por sua prestimosa assistência nos estágios finais da preparação deste livro.

A contribuição de Ruth L. Greenberg, do início ao término deste esforço, foi de tal modo ampla que não encontramos palavras adequadas para expressar nosso reconhecimento.

Finalmente, os autores oferecem seus agradecimentos sinceros aos dactilógrafos Lee Fleming, Marilyn Starr e Barbara Marinelli.

Uma observação sobre a linguagem "sexista": ao falarmos, em termos gerais sobre "o terapeuta" ou "o paciente", utilizamos pronomes masculinos ("ele", "dele"). Este uso não implica, de modo algum, que nos retiramos apenas a terapeutas e pacientes do sexo masculino. Mantivemos o uso tradicional em vista da simplicidade e flexibilidade que ele permite.

## Capítulo 1

### UMA VISÃO GERAL

#### O PROBLEMA DA DEPRESSÃO

Algumas autoridades estimaram que ao menos 12% da população adulta teve ou terá um episódio de depressão de suficiente gravidade clínica para justificar um tratamento (Schuyler e Katz, 1973). Nos últimos 15 anos, centenas dos estudos sistemáticos relevantes ao substrato biológico da depressão e da quimioterapia da depressão foram publicados. Várias publicações de órgãos governamentais, assim como do sector privado, têm sugerido que alguns avanços bem definidos foram alcançados na compreensão da psicobiologia da depressão e no tratamento deste distúrbio pela quimioterapia.

A despeito deste quadro um tanto róseo, o clínico se vê diante de uma situação intrigante. Embora tenha havido avanços na quimioterapia da depressão, não há prova de que a incidência da depressão tenha diminuído. De mais a mais, a taxa de suicídios, que tem sido genericamente considerada como um índice da incidência da depressão, não mostrou decréscimo, mas antes um aumento nos últimos anos. Além disso, a ausência de resposta de baixa na taxa de suicídios toma-se ainda mais significativa, se se levar em conta o enorme dispêndio de esforços voltados para o estabelecimento e manutenção de centros de prevenção do suicídio em todo o país.

Um relatório especial do Instituto Nacional de Saúde Mental sobre Os

distúrbios depressivos, preparado em 1973 por Secunda, Katz, Friedman e Schuyler, estabeleceu que a depressão responde por 75% de todas as hospitalizações psiquiátricas e que, em qualquer uno considerado, 15% de todos os adultos entre 18 e 74 anos podem sofrer de sintomas depressivos significativos. Em termos de custo em dólares, os autores sugerem

15

16

uma faixa entre 0,3 bilhões e 0,9 bilhões de dólares. Estes autores também reiteraram que "O ônus da terapia para a grande maioria das enfermidades depressivas (75% de todas as hospitalizações psiquiátricas) recai pesadamente em modalidades terapêuticas psicossociais".

## VALOR DA PSICOTERAPIA NA DEPRESSÃO

O valor do desenvolvimento de uma psicoterapia eficaz para a depressão, estabelecendo suas indicações e contra-indicações, e ainda seu papel na conduta geral do paciente, parece bastante evidente. Visto que parece que a psicoterapia é praticada, em vários graus e formas, no tratamento de quase todos os pacientes depressivos, toma-se crucial definir formas específicas de psicoterapia e determinar sua eficácia - para que o usuário possa verificar se este serviço dispendioso está levando ao atingimento de resultados benéficos. Ademais, existem outras razões para definir e testar modalidades terapêuticas específicas.

1. Embora as drogas antidepressivas sejam obviamente menos dispendiosas do que a psicoterapia, nem todos os pacientes deprimidos respondem a essa medicação. As melhores estimativas, baseadas num exame detido de numerosos estudos controlados da quimioterapia da depressão, indicam que apenas 60 a 65% dos pacientes mostram uma nítida melhora como resultado de tratamento com uma droga tricíclica comum (ver Beck, 1973, p. 86). Daí, devem-se desenvolver métodos para auxiliar os 35% a 40% de pessoas deprimidas que não são ajudadas em sua experiência inicial com drogas antidepressivas.

2. Muitos pacientes que poderiam responder às drogas, ou se recusam a tomar a medicação por objecções pessoais, ou desenvolvem efeitos colaterais que os levam a interromper a ingestão dos medicamentos.

3. É possível que, a longo prazo, a confiança na quimioterapia possa indirectamente reduzir a utilização, pelo paciente, de seus próprios recursos psicológicos para lidar com a depressão. A vasta bibliografia sobre a "atribuição", sugere a possibilidade de que pacientes tratados com drogas atribuirão seus problemas a uma descompensação química, e atribuirão sua melhora aos efeitos da droga (Shapiro e Morris, 1978). Consequentemente, como indica a pesquisa sociopsicológica, esses pacientes se tomam menos inclinados a utilizar ou desenvolver seus próprios mecanismos de

enfrentamento para lidar com a depressão. A taxa relativamente elevada de recaída, em pacientes previamente tratados com drogas (que chega a atingir 50% no ano seguinte à interrupção do tratamento), sugere que o argumento acima seja válido.

A sabedoria convencional sugere que um processo eficaz de psicoterapia pode ser mais benéfico que a quimioterapia, a longo prazo, visto que o paciente pode aprender com sua experiência psicoterapêutica. Assim, pode-se esperar de tais pacientes que sejam capazes de lidar mais eficazmente com suas depressões posteriores, abortar depressões incipientes, e, possivelmente, tomar-se até mesmo capazes de prevenir novas depressões.

O facto de que o índice de suicídios não declinou, a despeito do uso amplamente disseminado de drogas antidepressivas, sugere que, apesar de a quimioterapia poder resolver temporariamente as crises suicidas, ela não tem um efeito mantenedor que imunize o paciente contra novas tentativas de suicídio no futuro. A pesquisa indica que existe um núcleo psicológico central no paciente suicida - a desesperança (ou "expectativas negativistas generalizadas"). Resultados positivos do uso de uma abordagem directa da desesperança em pacientes deprimidos sugerem que a terapia cognitiva pode ter "efeitos anti-suicidas" mais prolongados que o uso da quimioterapia.

## DEFINIÇÃO DA TERAPIA COGNITIVA

A terapia cognitiva é uma abordagem activa, directiva, estruturada o de prazo limitado usada no tratamento de uma variedade de distúrbios psiquiátricos (ex.: depressão, ansiedade, fobias, queixas ligadas a dores. etc.). Fundamenta-se numa base lógica teórica subjacente, segundo a qual o afecto e o comportamento de um indivíduo são largamente determinados pelo modo como ele estrutura o mundo (Beck, 1967, 1976). Suas cognições ("eventos" verbais ou pictóricos em seu sistema consciente) baseiam-se em atitudes ou suposições (esquemas) desenvolvidas a partir de experiência prévias. Por exemplo, se uma pessoa interpreta toda as suas experiências em termos de ser competente ou adequada, seu pensamento pode estar dominado pelo esquema "A menos que eu faça tudo com perfeição, sou um fracasso". Consequentemente, reage às situações em termos de adequação,

mesmo quando elas não estão relacionadas a ser o indivíduo pessoalmente competente ou não.

As técnicas terapêuticas específicas empregadas são usadas dentro do quadro do modelo cognitivista da psicopatologia, e não acreditamos que a terapia possa ser levada a cabo de modo eficaz sem o conhecimento da teoria. As técnicas terapêuticas destinam-se a identificar, testar no real e corrigir conceituação distorções e as crenças

disfuncionais (esquemas) subjacentes a essas cognições. O paciente aprende a dominar problemas e situações anteriormente consideradas insuperáveis, através da reavaliação e correção de seu pensamento. O terapeuta cognitivista ajuda o paciente a pensar e agir mais realística e adaptativamente com respeito a seus problemas psicológicos, dessa forma reduzindo os sintomas.

Uma diversidade de técnicas cognitivas e comportamentais são empregadas na terapia cognitiva. As técnicas cognitivas objectivam delinear e testar, especificamente, as falsas concepções e suposições inadaptativas do paciente. Esta abordagem insiste em experiências de aprendizagem altamente específicas, destinadas a ensinar ao paciente as seguintes operações: (1) observar e controlar seus pensamentos negativos automáticos (cognições); (2) reconhecer os vínculos entre a cognição, o afecto e o comportamento; (3) examinar as evidências a favor e contra seus pensamentos automáticos distorcidos; (4) substituir as cognições tendenciosas por interpretações mais orientadas para o real; e (5) aprender a identificar e alterar as crenças disfuncionais que o predisõem a distorcer suas experiências.

Várias técnicas verbais são usadas para explorar a lógica subjacente e a base de cognições e suposições específicas. O paciente recebe, inicialmente, uma explicação acerca da base lógica da terapia cognitiva. A seguir, aprende a reconhecer, controlar e anotar seus pensamentos negativistas no Registro Diário de Pensamentos Disfuncionais (ver Apêndice). As cognições e pressuposições subjacentes são discutidas e examinadas quanto a sua lógica, validade, adaptabilidade e ampliação de comportamentos positivos, em oposição à manutenção da patologia. Por exemplo, a tendência, no paciente deprimido, a sentir-se responsável por resultados negativos, ao mesmo tempo que constantemente deixa de reconhecer o próprio êxito como mérito seu, é identificada e discutida. A terapia focaliza os "sintomas-alvo" específicos (ex.: impulsos suicidas). As cognições que sustentam tais sintomas são identificadas (ex.: "Minha vida não tem nenhum valor e não posso mudar isso") e submetidas à investigação lógica e empírica.

Um dos poderosos componentes do modelo psicoterápico da aprendizagem é que o paciente passa a incorporar muitas das técnicas terapêuticas usadas pelo terapeuta. Por exemplo, os pacientes se descobrem, com frequência, assumindo espontaneamente o papel do terapeuta ao questionar algumas de Suas conclusões ou previsões. Eis alguns exemplos de auto-questionamento que pudemos observar: Qual é a prova de minha conclusão?

19  
Existem outras explicações? Quão séria é a perda? Quando ela realmente retira de minha vida? Qual é o grau de dano para mim, se um estranho pensar mal de mim? O que tenho a perder se tentar ser mais afirmativo?

Esse tipo de autoquestionamento desempenha um papel relevante na generalização de técnicas cognitivas da entrevista para situações externas. Sem esse questionamento, o indivíduo deprimido está extremamente preso a padrões

automáticos estereotipados, fenómenos ao qual poderíamos chamar de "pensamento sem reflexão".

Técnicas behavioristas são usadas com pacientes mais gravemente deprimidos, não apenas para modificar o comportamento, mas também para (...) cognições associadas a comportamentos específicos. Visto que o paciente geralmente requer essas técnicas mais activas ao início do tratamento, apresentaremos o material relacionado às estratégias behavioristas (Capítulo 7) antes da exposição das técnicas cognitivistas (Capítulo 8). Uma amostra das estratégias behavioristas inclui uma Tabela Semanal de Actividades, na qual o paciente lança suas actividades de hora em hora; uma Tabela de Mestria e Prazer, na qual classifica as actividades listadas em seu registro por hora; e Atribuições de Tarefas Graduadas, segundo as quais o paciente empreende uma sequência de tarefas para atingir um objectivo que considere difícil ou impossível. Além disso, as tarefas de carácter behaviorista destinam-se a auxiliar o paciente a testar cognições e suposições inadaptables.

Um problema importante com o qual se depara o terapeuta é a tomada de decisões com respeito à escolha e à época adequada para tipos particulares de intervenções. Como será possível observar nos Capítulos 7 e 8, tanto as técnicas behavioristas como as cognitivas têm suas características próprias de vantagens e aplicações na terapia cognitiva. O paciente bloqueado, preocupado, com uma faixa estreita de atenção, encontra grande dificuldade em entregar-se à introspecção. De fato, suas preocupações e sua ideação perseverativa podem agravar-se com esse procedimento. Ademais, os métodos behavioristas são relativamente poderosos para contrapor-se a sua inércia e mobilizá-lo em direcção a actividades construtivas. Além disso, uma experiência de sucesso no atingimento de um objectivo comportamental tende a ser mais poderosa que métodos cognitivistas para contradizer crenças erróneas do tipo "Sou incapaz de fazer qualquer coisa".

Conquanto as tarefas comportamentais possam ter efeito mais impressionante na refutação de crenças erróneas, as técnicas cognitivistas podem ser o tipo óptimo de intervenção para corrigir a tendência do paciente a formular interferências incorrecas quanto a acontecimentos específi-

20

cos. Consideremos uma paciente que concluiu que seus amigos não gostam dela porque não lhe telefonaram nos últimos dias. Essa paciente deveria ser instada a exercitar técnicas cognitivistas, como a identificação dos processos "lógicos" que levaram àquela conclusão, examinando todas as evidências e considerando explicações alternativas. Uma tarefa comportamental seria irrelevante para lidar com esse tipo de problema cognitivo.

Esses princípios serão da máxima importância na implementação de uma terapia coerente. À medida que o terapeuta adquire experiência, torna-se capaz de utilizar uma "árvore de decisões" na conduta das entrevistas. Mais do que seleccionar estratégias num modelo de ensaio e erro, ele irá escolher a técnica mais aplicável a

cada sintoma ou problema particular.

A terapia consiste, geralmente, em 15 a 25 sessões com intervalo de uma semana entre as sessões. Os pacientes moderada a gravemente deprimidos de uma forma habitual requerem duas entrevistas semanais, por um período mínimo de 4 a 5 semanas e, a seguir, entrevistas semanais por 10 a 15 semanas. Geralmente, reduzimos a frequência para uma vez a cada duas semanas, por ocasião das últimas visitas, e recomendamos uma "terapia de reforço" após completar-se o curso normal do tratamento. As visitas de acompanhamento podem ser marcadas a intervalos regulares ou deixadas a critério do paciente. Verificamos que o paciente típico retoma para três ou quatro visitas "de reforço" durante o ano seguinte ao término da terapia formal.

## NOVOS ASPECTOS DA TERAPIA COGNITIVA

Que existe de novo acerca desse tipo de psicoterapia? A terapia cognitiva difere da psicoterapia convencional em dois aspectos importantes: na estrutura formal das entrevistas e nos tipos de problemas focalizados.

"Empirismo Cooperativo": Em contraste com as psicoterapias mais tradicionais, como a terapia psicanalítica ou a terapia centrada no cliente, o terapeuta que aplica a terapia cognitiva está continuamente em ação e deliberadamente interagindo com o paciente. O terapeuta estrutura a terapia de acordo com um esquema particular, que atrai a participação e a colaboração do paciente. Uma vez que o paciente deprimido se apresenta inicialmente confuso, preocupado ou perturbado, o terapeuta o auxilia a organizar seu pensamento e seu comportamento - com vistas a ajudá-lo a enfrentar as exigências da vida cotidiana. Conquanto a colaboração do paciente na formulação do plano de tratamento possa estar seriamente limitada por seus sintomas nesse estágio, o terapeuta precisa usar sua habilidade e desenvoltura para estimular o paciente a tornar-se activamente engajada nas diversas operações terapêuticas. Constatamos que as técnicas psicanalíticas clássicas, tais como a associação livre e ação minimizada do

21

terapeuta, afectam negativamente o paciente deprimido, por lhe facultarem mergulhar mais profundamente no pantanal de suas preocupações negativistas.

Contrastando com a terapia psicanalítica, o conteúdo da terapia cognitiva se centra nos problemas do "aqui-e-agora". Pouca atenção é dada às recordações da infância, excepto para esclarecer observações actuais. O impulso principal é dirigido à investigação dos pensamentos e sentimentos do paciente durante a sessão terapêutica e entre diferentes sessões. Não fazemos interpretações de factores inconscientes. O terapeuta cognitivista colabora activamente com o paciente na exploração de suas experiências psicológicas, no estabelecimento de planeamentos de actividades e no preparo de tarefas a serem realizadas em casa.

A terapia cognitiva contrasta com a terapia behaviorista por sua maior ênfase nas experiências internas (mentais) do paciente, tais como pensamentos, sentimentos,

desejos, devaneios e atitudes. A estratégia global da terapia cognitiva pode ser diferenciada das demais escolas terapêuticas por sua ênfase na investigação empírica dos pensamentos, inferências, conclusões e pressuposições automáticas do paciente. Formulamos a ideia e as crenças disfuncionais do paciente sobre si mesmo, suas experiências e seu futuro como hipóteses, e buscamos então testar a validade dessas hipóteses de forma sistemática. Assim, quase toda experiência pode proporcionar a oportunidade para um experimento relevante para as visões ou crenças negativistas do paciente. Se o paciente acredita, por exemplo, que todas as pessoas que ele encontra lhe voltam as costas por aversão, poderíamos auxiliá-lo a estabelecer um sistema para julgar as reacções das outras pessoas e motivá-lo, a seguir, a fazer avaliações objectivas das expressões faciais e movimentos corporais das outras pessoas. Se o paciente acredita ser incapaz de desincumbir-se de simples procedimentos de higiene, poderíamos planejar, em conjunto, uma tabela ou gráfico de referência que ele pudesse usar para anotar seu grau de sucesso no desempenho dessas actividades.

## MODELOS COGNITIVOS: PERSPECTIVA HISTÓRICA

Os pressupostos gerais nos quais se baseia a terapia cognitiva incluem os seguintes:

1. A percepção e a experiência, em geral, são processos activos, que compreendem tanto dados de inspecção como de introspecção.
2. As cognições do paciente representam uma síntese dos estímulos internos e externos.
3. A maneira como uma pessoa avalia uma situação geralmente se evidencia em suas cognições (pensamentos e imagens visuais).

22

4. Essas cognições constituem a "corrente de consciência" ou campo fenomenal da pessoa, que reflecte a configuração que a pessoa tem de si mesma, seu mundo, seu passado e seu futuro.
5. Alterações no conteúdo das estruturas subjacentes da pessoa afectam seu estado afectivo e seus padrões comportamentais.
6. Através da terapia psicológica um paciente pode tomar conhecimento de suas distorções cognitivas.
7. A correcção desses constructos disfuncionais falhos pode levar à melhoria clínica.

As origens filosóficas da terapia cognitiva podem ser buscadas nos filósofos estoicistas, especialmente em Zenão de Cítio (século IV a.C.), Crísipo, Cícero, Sêneca, Epicteto e Marco Aurélio. Epicteto escreveu, no *Enchiridion*: "Os homens não são perturbado pelas coisas, mas pelas visões que têm delas". Assim como o estoicismo, filosofias orientais como o taoísmo e o budismo enfatizaram que as emoções humanas se baseiam em ideias. O controle dos sentimentos mais intensos

pode ser alcançado pela modificação das ideias de uma pessoa.

Freud (1900/1953) inicialmente apresentou o conceito de que os sintomas e efeitos se baseiam em ideias inconscientes. A Psicologia Individual de Alfred Adler enfatizava a importância de compreender o paciente dentro do quadro de suas próprias experiências conscientes. Para Adler, a terapia consistia em tentar deslindar a forma como uma pessoa percebia e vivenciava o mundo. Adler (1931/1958) afirmou:

"Não sofremos pelo choque de nossas experiências o chamado trauma mas fazendo delas exactamente aquilo que serve a nossos propósitos. Somos autodeterminados pelo significado que atribuímos a nossas experiências; e provavelmente existe sempre algo de errado envolvido, quando tomamos certas experiências específicas como base para nossa vida futura. Os significados não são determinados pelas situações, mas antes determinamos a nós mesmos pelos significados que atribuímos as situações. "

Alguns outros autores, cujo trabalho emergiu da tradição psicanalítica, ou foi por ela influenciado, contribuíram com importantes conceituações para o desenvolvimento da psicoterapia cognitiva. (Para uma visão abrangente, ver Raimy, 1975). Alguns dos novos autores influentes nesse grupo são Alexander (1950), Horney (1950), Saul (1947) e Sullivan (1953).

A ênfase filosófica na experiência consciente subjectiva provém dos trabalhos de Kant, Heidegger e Husserl. Esse "Movimento fenomenológico" influenciou substancialmente o desenvolvimento da psicologia moderna neste grupo de psicoterapias. A utilização da abordagem fenomenológica em estados patológicos específicos é exemplificada pelos trabalhos

23  
de Jaspers (1943/1968), Binswanger (1944-45/1958) e Straus (1966). A influência do psicólogos do desenvolvimento, como Piaget (1947/1950, 1932/1960), também fica evidenciada na formulação da psicoterapia cognitiva.

Progressos recentes na psicologia behaviorista também enfatizaram a importância das cognições do paciente. Bowers (1973) argumentou a favor de um modelo interacional entre o sujeito e os acontecimentos do meio circundante e contra o "situcionismo" das abordagens behavioristas clássicas. Uma ênfase crescente na reestruturação cognitiva ou na modificação de cognições está reflectida no trabalho de Arnold Lazarus (1972), que afirma que "é possível dizer que a maior parte dos esforços psicoterapêuticos se centra na correcção de falsos conceitos" (p. 165). Essa correcção de falsos conceitos, diz Lazarus, pode preceder ou acompanhar a mudança de comportamento.

Um número progressivamente maior de psicoterapeutas norte-americanos delineou, mais especificamente, a maneira pela qual o terapeuta poderia modificar cognições de uma forma sistémica durante a psicoterapia. Kelly (1955) desenvolveu uma terapia de constructo pessoal para alterar a experiência diária consciente e



contínua do paciente. Na terapia de "papéis fixos", o paciente assume um papel baseado em pressuposições acerca do mundo e de si próprio que não são congruentes com suas crenças habituais. Nesse novo papel, o paciente é confrontado cara a cara com pressuposições que vinha fazendo acerca de si próprio e de sua interação com o outro. Kelly se referiu a essas pressuposições ou crenças subjacentes como "constructos pessoais".

Mais recentemente, Berne (1961, 1964) e Frank (1961) acrescentaram métodos e concertuações diferentes às terapias destinadas a alterar a experiência consciente contínua ou as cognições do paciente.

O trabalho de Ellis (1957, 1962, 1971, 1973) forneceu um ímpeto significativo ao desenvolvimento histórico das terapias cognitivo-behavioristas. Ellis associa o acontecimento do meio, ou Ativador (A), às Consequências (C) emocionais, através da interferência das Crenças (C). Assim, sua Psicoterapia Racional Emotiva visa tornar o paciente consciente de suas crenças irracionais e das consequências emocionais inadequadas dessas crenças. A Psicoterapia Racional Emotiva se destina a modificar essas crenças irracionais subjacentes. A utilização de outras técnicas para trazer essas crenças à consciência e modificá-las foi enfatizada por Maultsby (1975).

Contribuições recentes ao desenvolvimento da terapia cognitiva por autores de orientação behaviorista (Mahoney, 1974; Meichenbaum, 1977;

24  
Goldfried and Davison, 1976; e Kazdin e Wilson, 1978) forneceram uma base teórica e empírica mais firme para novos incrementos nesta área.

A terapia cognitiva da depressão inclui um grupo de técnicas inter-relacionadas, destiladas no crisol da experiência clínica com pacientes depressivos. As técnicas específicas são empregadas dentro do enquadre de uma teoria acerca da estruturação psicológica da depressão (Beck, 1976). Como indicamos anteriormente, é necessário compreender o modelo cognitivo da teoria da depressão, a fim de utilizar as técnicas específicas da terapia cognitiva.

## O MODELO COGNITIVO DA DEPRESSÃO

O modelo cognitivo da depressão evoluiu de observações clínicas sistemáticas e de testes experimentais (Beck, 1963, 1964, 1967). Essa interação de uma abordagem clínica e experimental permitiu um desenvolvimento progressivo do modelo e da psicoterapia derivada dele (ver Beck, 1976).

O modelo cognitivo postula três conceitos específicos para explicar o substrato psicológico da depressão: (1) a tríade cognitiva, (2) esquemas, e (3) erros cognitivos (processamento defeituoso da informação).

## CONCEITO DE TRÍADE COGNITIVA

A tríade cognitiva consiste de três padrões cognitivos principais que induzem o paciente a encarar a si mesmo, seu futuro e suas experiências de uma forma idiossincrática. O primeiro componente da tríade gira em torno da visão negativista que o paciente tem de si mesmo. Ele se percebe como defeituoso, inadequado, doente ou carente. Tende a atribuir suas experiências desprazerosas a defeitos psicológicos, morais ou físicos existentes em si próprio. A seu ver, o paciente acredita que, por causa de seus supostos defeitos, é indesejável e sem valor. Tende a subestimar ou criticar a si mesmo por tais defeitos. Finalmente, acredita não ter os atributos que considera essenciais à obtenção da felicidade e do contentamento.

O segundo componente da tríade cognitiva consiste na tendência da pessoa deprimida a interpretar suas experiências correntes de uma forma negativista. Ela percebe o mundo como lhe fazendo solicitações absurdas e/ou colocando obstáculos insuperáveis ao atingimento de seus objectivos de vida. Interpreta mal suas interacções com seu meio circundante, animado ou inanimado, como demonstrações de derrota ou privação. Essas falsas interpretações se tornam evidentes quando o paciente traduz, de modo negativista, situações para as quais existem interpretações alternativas mais plausíveis. A pessoa deprimida pode dar-se conta de que suas interpreta-

25  
ções negativas iniciais são tendenciosas, se persuadida a reflectir sobre essas explicações alternativas menos negativistas. Dessa forma, pode chegar a aperceber-se de que alinhavou os fatos de modo a que atendessem a suas conclusões negativistas pré-formadas.

O terceiro componente da tríade cognitiva consiste numa visão negativista do futuro. À medida que a pessoa deprimida faz projecções a longo prazo, antecipa que suas dificuldades ou sofrimentos presentes se prolongara-o indefinidamente. Prevê sofrimentos, frustrações e privações incessantes. Quando considera a possibilidade de encarregar-se de uma tarefa específica no futuro próximo, espera falhar.

O modelo cognitivo vê os demais sinais e sintomas da síndrome depressiva como consciências da activação dos padrões cognitivos negativistas. Por exemplo, se o paciente erroneamente pensa que está sendo rejeitado, reagirá com o mesmo efeito negativo (por exemplo, tristeza, raiva) que ocorre diante da rejeição real. Se acredita erroneamente que é um pária social, sente-se solitário.

Os sintomas motivacionais (por exemplo, paralisia da vontade, desejos de fuga e evitação etc.) podem ser explicados como consequências das cognições negativas. A paralisia da vontade resulta do pessimismo e do desamparo do paciente. Se ele antevê um resultado negativo, não irá comprometer-se com um objectivo ou tarefa. Os desejos suicidas podem ser compreendidos como uma expressão extrema do desejo de escapar daquilo que parecem ser problemas insolúveis ou uma situação intolerável. A pessoa deprimida pode ver-se como uma carga sem valor e consequentemente, acreditar que todos, inclusive ela própria, se sentirão melhor quando estio ver morta.

A crescente dependência também é compreensível em termos cognitivos. Por perceber-se como inepto e desamparado e por superestimar as dificuldades de tarefas normais, ele espera sair-se mal em suas incumbências. Assim, o paciente tende a buscar ajuda e segurança nos outros, a quem considera mais competentes e capazes.

Finalmente, o modelo cognitivo também pode explicar os sintomas físicos da depressão. A apatia e a baixa energia podem resultar da crença do paciente de estar condenado ao fracasso em todos os seus esforços. Uma visão negativista do futuro (um sentimento de inutilidade) pode levar a "inibições psicomotoras".

## ORGANIZAÇÃO ESTRUTURAL DO PENSAMENTO DEPRESSIVO

Um segundo ingrediente fundamental no modelo cognitivo consiste no conceito de esquemas. Esse conceito é utilizado para explicar por que um

26  
paciente deprimido mantém suas atitudes causadoras de sofrimento e auto-derrotistas, a despeito de provas objectivas de falares positivos em sua vida.

Qualquer situação é composta de uma pletora de estímulos. O indivíduo volta-se selectivamente para estímulos específicos, combina-os num padrão e conceitualiza a situação. Embora pessoas diferentes possam conceitualizar de maneiras diversas uma mesma situação, uma dada pessoa tende a ser coerente em suas respostas a tipos semelhantes de acontecimentos. Padrões cognitivos relativamente estáveis formam a base da regularidade nas interpretações de conjuntos específicos de situações. O termo "esquema" designa esses padrões cognitivos estáveis.

Quando uma pessoa se depara com uma circunstância particular, um esquema relacionado aquela circunstância é activado. O esquema é a base para a modelagem dos dados em cognições (definidas como qualquer ideação com conteúdo verbal ou pictórico). Assim, um esquema constitui a base para separar, diferenciar e codificar os estímulos com que se confronta o indivíduo. Ele categoriza e avalia suas experiências através de uma matriz de esquemas.

Os tipos de esquemas empregados determinam como um indivíduo irá estruturar experiências diversas. Um esquema pode permanecer inactivo por longos períodos de tempo, mas pode ser energizado por dados de entrada específicos do meio (por exemplo, situações tensionantes). Os esquemas activados numa situação específica determinam directamente o modo como a pessoa responde. Em estados psicopatológicos como a depressão, as conceituações do paciente sobre situações específicas são distorcidas para conformar-se aos esquemas disfuncionais predominantes. O parâmetro ordenado de um esquema apropriado a um estímulo específico fica perturbado pela intromissão desses esquemas idiossincráticos excessivamente activos. À medida em que esses esquemas idiossincráticos se tornam mais activos, eles são evocados por uma variedade mais ampla de estímulos, que a eles se relacionam menos logicamente. O paciente perde muito de seu controle

voluntário sobre seus processos de pensamento e se torna incapaz de invocar outros esquemas mais adequados.

Em depressões mais brandas, o paciente é geralmente capaz de perceber seus pensamentos negativos com alguma objectividade. À medida que a depressão se agrava, seu pensamento fica progressivamente mais dominado por ideias negativas, embora possa não existir nenhuma ligação lógica entre as situações reais e suas interpretações negativistas. Na proporção em que seus esquemas idiossincráticos preponderantes conduzem a distorções da realidade e, conseqüentemente, a erros sistemáticos no pensamento da pessoa deprimida, ela se torna menos capaz de cogitar da noção de que suas interpretações negativistas estão erradas. Nos estados mais agudos de depressão, o pensamento do paciente pode ficar completamente dominado pelo esquema idiossincrático: ele fica totalmente preocupado com pensa-

27  
mentos negativistas perseverativos e repetitivos e pode parecer-lhe extraordinariamente difícil concentrar-se em estímulos externos (por exemplo, ler ou responder perguntas), ou envolver-se em actividades mentais voluntárias (computações, solução de problemas, memórias). Em tais casos, inferimos que a organização cognitiva idiossincrática tornou-se autónoma. A organização cognitiva depressiva pode tornar-se tão independente de estimulação externa, que o indivíduo não mais responde a mudanças em seu meio imediato.

## PROCESSAMENTO FALHO DE INFORMAÇÕES

Os erros sistemáticos no pensamento da pessoa deprimida preservam a crença do paciente na validade de seus conceitos negativistas, a despeito da presença de evidência contraditória (ver Beck, 1967).

1. A inferência arbitrária (conjunto de respostas) se refere ao processo de se chegar a uma conclusão específica na ausência de provas para sustentá-la, ou quando as provas são contrárias à conclusão.

2. A abstracção selectiva (conjunto de estímulos) consiste em focalizar um detalhe retirado do contexto, ignorando outros aspectos mais salientes da situação e conceituando a totalidade da experiência com base nesse fragmento.

3. A hipergeneralização (conjunto de respostas) se refere ao padrão segundo o qual se chega a uma regra ou conclusão geral na base de um ou mais incidentes isolados, e se aplica o conceito, em espectro amplo, a situações relacionadas e não relacionadas ao(s) incidente(s).

4. O exagero e a minimização (conjunto de respostas) se reflectem em erros na avaliação do significado ou magnitude de um acontecimento, grosseiros a ponto de se constituírem em distorções.

5. A personalização (conjunto de respostas) diz respeito à propensão do paciente a relacionar ocorrências externas a si mesmo, quando não existe base para estabelecer essa relação.

6. O pensamento absolutista, dicotômico (conjunto de respostas) se manifesta na tendência a colocar todas as experiências em uma de suas categorias opostas; por exemplo, perfeito ou defeituoso, imaculado ou mundo, santo ou pecador. Na descrição de si mesmo, o paciente selecciona a categorização negativa extrema.

Uma forma de compreender a desordem do pensamento na depressão é conceituá-lo em termos de modalidades "primitivas" ou "amadurecidas" de organizar a realidade. Evidentemente, as pessoas deprimidas tendem a estruturar suas experiências de maneira relativamente primitiva.

28  
Tendem a fazer amplos julgamentos globais acerca de fatos que influenciam sua vida. Os significados que inundam sua consciência estão propensos a ser extremados, negativos, categóricos, absolutos e arbitrários. A resposta emocional se inclina, dessa forma, a ser negativa e extremada. Em contraste com essa modalidade primitiva de pensamento, a reflexão mais amadurecida automaticamente integra as situações de vida em muitas dimensões ou qualidades (em oposição a uma categoria única), em termos quantitativos, mais que qualitativos, e de acordo com padrões relativistas, mais que absolutistas. No pensamento primitivo, a complexidade, variabilidade e diversidade das experiências e do comportamento humanos ficam reduzidas a umas poucas categorias simplistas.

As características do pensamento depressivo típico parecem análogas às descritas por Piaget (1932/1960) em suas descrições do pensamento infantil. Empregamos o rótulo "primitivo" para esse tipo de pensamento a fim de distingui-lo do pensamento mais adaptativo, observado em estágios posteriores do desenvolvimento. As características diferenciadoras dessas formas de pensamento estão esquematizadas abaixo:

#### Pensamento "Primitivo"

1. Não dimensional e global: Eu sou medroso.

#### Pensamento "Amadurecido"

Multidimensional: sou moderadamente medroso, muito generoso e razoavelmente inteligente.

#### Pensamento "Primitivo"

2. Absolutista e moralista: Sou um covarde desprezível.

#### Pensamento "Amadurecido"

Relativista e não-arbitrário: Sou mais medroso que a maioria das pessoas que conheço.

Pensamento "Primitivo"

3. Invariante: Sempre fui e sempre serei um covarde.

Pensamento "Amadurecido"

Variável: Meus medos variam de época e de situação a situação.

Pensamento "Primitivo"

4. "Diagnóstico do carácter": Tenho um defeito de carácter.

Pensamento "Amadurecido"

"Diagnóstico comportamental": Evito muito as situações e tenho muitos medos.

Pensamento "Primitivo"

5. Irreversibilidade: Uma vez que sou basicamente fraco, não há basicamente fraco, não há nada que se possa fazer a respeito.

Pensamento "Amadurecido"

Reversibilidade: Posso aprender formas de enfrentar situações e lutar contra meus medos.

De acordo com essa representação esquemática, observamos que o paciente depressivo tende a encarar suas experiências como privações ou fracassos totais (não-dimensional) e como irreversíveis (Fixas). Concomitantemente, ele se categoriza como um "perdedor" (categórico, arbitrário) e como condenado (déficits irreversíveis de carácter).

29

A maior parte desta monografia é dedicada à descrição das maneiras pelas quais é possível identificar tais padrões de pensamento idiossincrático e estratégias para contrabalançá-los. Sugestões específicas para lidar com o pensamento absolutista e dicotômico podem ser encontradas na secção sobre Sintomas Cognitivos, no Capítulo 9.

## PREDISPOSIÇÃO À DEPRESSÃO E PRECIPITAÇÃO DA DEPRESSÃO

O modelo cognitivo fornece uma hipótese acerca da predisposição à depressão. Resumidamente, a teoria propõe que as experiências primárias fornecem a base para a formação de conceitos negativistas acerca de si mesmo, do futuro e do mundo externo. Tais conceitos negativos (esquemas) podem estar latentes, mas podem ser activados por circunstâncias específicas que sejam análogas às experiências originalmente responsáveis pelo engaste da atitude negativa.

Por exemplo, a ruptura de uma situação conjugal pode activar o conceito de perda irreversível associado com a morte de um dos pais na infância. Alternativamente, a depressão pode ser disparada por uma anormalidade ou doença física que activa a crença latente de uma pessoa de estar destinada a uma vida de

sofrimento. Situações de vida desagradáveis - e mesmo extremamente adversas não produzem necessariamente uma depressão, a menos que a pessoa seja particularmente sensível àquele tipo específico de situação, pela natureza de sua organização cognitiva.

Em resposta a situações traumáticas, o indivíduo normal ainda conserva o interesse e avalia realisticamente outros aspectos não traumáticos de sua vida. Por outro lado, o pensamento da pessoa inclinada à depressão se torna marcadamente limitado e desenvolvem-se ideias negativas acerca de todos os aspectos de sua vida.

Existe um farto suporte empírico para o modelo cognitivo da depressão. Estudos naturalistas, observações clínicas e estudos experimentais foram recentemente revistos (Beck e Rush, 1978). Através de estudos, foram documentadas a presença e a intercorrelação dos constituintes da "tríade cognitiva" em associação com a depressão. Vários estudos atestam a presença de déficits cognitivos específicos (por exemplo, raciocínio abstrato e atenção selectiva comprometidos) em pessoas deprimidas ou em suicidas.

## UM MODELO DE INTERAÇÃO RECÍPROCA

Nossa discussão sobre a teoria cognitiva da depressão pode parecer unilateral acto aqui; talvez pareça que o paciente pode desenvolver uma depres-

30  
são independentemente de suas experiências interpessoais. Parte dessa aparente ênfase exagerada nos aspectos "intrapéssicos" da depressão é resultado do foco proposital no indivíduo e em sua construção da realidade. Vamos então expandir a unidade de observação para abranger os aspectos importantes de seu meio circundante (por exemplo, a família, amigos, parentes, empregador, etc.).

Como se acha assinalado por Bandura (1977), o comportamento de uma pessoa influencia outras pessoas, cuja acção, por sua vez, influencia o indivíduo. Uma pessoa caindo em depressão pode afastar-se de outras pessoas significativas. Alienados dessa maneira, os "outros significativos" podem responder com rejeição ou crítica, as quais, por sua vez, activam ou agravam a auto-rejeição e a autocrítica do próprio sujeito. (Alternativamente, a rejeição por parte de outrem pode ser o primeiro elo na cadeia que conduz à depressão clínica). As conceituações negativas resultantes daí levam o paciente (que pode agora estar clinicamente deprimido) a um maior isolamento. Assim, o círculo vicioso pode perdurar até que o paciente fique tão deprimido a ponto de poder tornar-se inacessível a tentativas de outrem no sentido de ajudá-lo e demonstrar-lhe amor e afeição.

Uma relação interpessoal harmoniosa, por outro lado, pode fornecer protecção contra o desenvolvimento de uma depressão amplamente difundida. Assim, um sistema forte de apoio social pode fornecer uma prova tão poderosa de aceitação, respeito e afecto, que neutraliza a tendência do paciente a desvalorizar-se.

Além disso, o tratamento do paciente deprimido é, com frequência, grandemente facilitado pelo uso de um membro da família ou amigo íntimo que sirva como representante da realidade social, para auxiliar o paciente a testar a validade de seu pensamento negativista. Quando as interações contraproducentes com outros significativos contribuem para a manutenção da depressão, uma forma de "terapia de casais", aconselhamento conjugal ou terapia da família pode ser indicada.

Convém enfatizar que os pacientes deprimidos podem variar consideravelmente quanto a terem suas depressões agravadas ou aliviadas por outras pessoas. Algumas depressões são relativamente não-reactivas e evoluem num curso inexorável, a despeito de influência favoráveis do meio circundante.

## PRIMAZIA DOS FACTORES COGNITIVOS NA DEPRESSÃO

Algumas questões importantes foram levantadas quanto à primazia dos factores cognitivos na síndrome da depressão. Como assinala Schreiber (1978), as distorções negativas poderiam ser encaradas no mesmo nível que os sintomas afectivos, motivacionais, comportamentais e vegetativos, simplesmente como uma manifestação ou sintoma da depressão. Na verdade, muitas

31  
descrições contemporâneas consideram a depressão uma perturbação afectiva, pura e simplesmente, ignorando completamente os aspectos cognitivos.

Em nossa conceituação da depressão, tentamos dar algum sentido aos fenómenos altamente diversificados da depressão, dispondo-os numa sequência lógica coerente. A maneira pela qual os sinais e sintomas de uma perturbação podem ser arranjados, com o objectivo de construir relações significativas (embora hipotéticas), pode ser ilustrada por uma analogia.

Consideremos um paciente que se apresenta a seu médico com uma fraqueza generalizada, dores no peito, respiração difícil e ruidosa, tosse crónica e escarros de sangue. Para dispor esses fenómenos numa sequência compreensível, seríamos forçados a centrar nossa atenção em suas dores no peito como o primeiro elo na reacção em cadeia. Poderíamos então traçar a seguinte sequência: dores no peito → dificuldade respiratória + tosse → escarros de sangue e fraqueza generalizada. A hipótese de trabalho seria a de que o paciente tem uma lesão nos pulmões, que responderia pelos sintomas respiratórios e dores no peito. Vamos admitir que o médico tenha que confiar inteiramente nos relatos do paciente e em seu próprio exame clínico. Se ele fosse então capaz de demonstrar (após a percussão e a auscultação do peito) alguma anormalidade na área relevante do pulmão, por exemplo, uma área com densidade aumentada, teríamos alguma prova que servisse de apoio a formulação preliminar. Além disso, se o médico pudesse fazer regredir a doença pela redução ou eliminação da densidade aumentada do pulmão (por exemplo, através de exercícios



respiratórios, repouso absoluto ou imobilização cirúrgica do pulmão), obteríamos comprovação adicional para a ideia da patogênese da moléstia.

A essa altura, entretanto, não seria possível fazer qualquer afirmação definitiva quanto à causa imediata da enfermidade (possivelmente uma infecção pulmonar ou um tumor), nem quanto a sua causa fundamental (possivelmente uma bactéria, uma toxina ou um agente carcinogénico). Poderíamos apenas afirmar que, constrangidos pelos dados disponíveis fornecidos pelo paciente e em vista das informações limitadas provenientes do exame directo, teríamos uma razoável possibilidade de atribuir a primazia na sequência de sintomas a patologia pulmonar. Teríamos que contentar-nos com a prova de que a lesão pulmonar seria um factor contributivo ou um mecanismo de manutenção da doença. Sob muitos aspectos, nossa formulação acerca da depressão é análoga a essa configuração hipotética de sinais e sintomas.

Assim, a partir de um "corte transversal" da sintomatologia da depressão, chegamos ao ponto em que deveríamos procurar a psicopatologia primária no modo peculiar através do qual o indivíduo vê a si mesmo, suas experiências e seu futuro (a "tríade cognitiva"), e em sua forma idiossincrática de processar a informação (inferência arbitrária, memória selectiva, hipergeneralização, etc.). Nossa experiência clínica e nosso trabalho expe-

32

mental sugerem que o paralelo estabelecido com uma lesão pulmonar pode ser útil. As manifestações mais rebuscadas na depressão podem desviar o clínico (assim como o paciente) de chegar sequer a notar o ponto exacto de patologia significativa. Da mesma forma que, no caso de um "tumor silencioso" no pulmão, os sintomas mais acentuados podem ser a dor física, a tosse e a fraqueza, também na depressão os sintomas dominantes podem ser o sofrimento psíquico, a agitação e a perda de energia. Se o diagnosticador não pesquisar uma outra patologia, pudera perder na cadeia de talos o fenómeno primário, ou seja, a perturbação do pensamento.

Urge enfatizar que nossa explicação, até aqui, se baseia na análise dos fenómenos da depressão. Nossos instrumentos de observação, neste nível de análise, não fornecem dados relacionados à "causa" fundamental. As construções negativistas da realidade pelo paciente podem ser postuladas como o primeiro elo na cadeia de sintomas (ou "fenómenos"). Uma formulação desse tipo fornece uma vasta série de hipóteses testáveis. Apreciações críticas recentes da bibliografia existente sobre o assunto citaram mais de trinta e cinco estudos correctivos e experimentais que apoiam essas hipóteses (Beck e Rush, 1978; Hollon e Beck, no prelo).

Como se mencionou anteriormente, o modelo cognitivo não se dirige, contudo, à questão da possível etiologia fundamental ou causa da depressão unipolar: por exemplo, predisposição hereditária, aprendizagem falha, dano cerebral, anormalidades bioquímicas, etc., ou qualquer combinação delas.

Outro desafio ao modelo cognitivo diz respeito à questão da predisposição à depressão. Esse problema, com referencia ao modelo cognitivo, centra-se no modo

como as peculiaridades da organização cognitiva contribuem para a susceptibilidade a perturbação ou para a sua precipitação. Nossa formulação sobre o papel das estruturas cognitivas inadaptativas predisponentes baseia-se, em parte, na observação clínica prolongada, bem como na especulação lógica. Não nos parece plausível que os mecanismos cognitivos aberrantes sejam criados de novo a cada vez que um indivíduo vivência uma depressão. Parece mais digno de crédito supor que ele tenha alguma anomalia relativamente duradoura em seu sistema psicológico. Assim, precisamos fazer nossa análise longitudinal em termos estruturais. Um conjunto de "estruturas cognitivas" (esquemas) disfuncionais, formado em época anterior, é activado quando a depressão é precipitada (seja por tensão psicológica, desequilíbrio bioquímico, estimulação hipotalâmica, ou qualquer outro agente). A formação e o modo de activação dos esquemas depressogénicos já foi exposta anteriormente (Bock, 1967).

### 33 REVOLUÇÕES COGNITIVAS; PARADIGMAS CIENTÍFICOS E DEPRESSIVOS

Em certo sentido, a terapia cognitiva da depressão apresenta uma solução proposta para os "paradoxos da depressão" (Beck, 1976, pp. 102-05). Os fenómenos da depressão se caracterizam por uma inversão ou distorção de muitos dos princípios geralmente aceites acerca da natureza humana: o "instinto de sobrevivência", os impulsos sexuais, a necessidade de dormir e alimentar-se, o "princípio do prazer", e mesmo o "instinto maternal". Esses paradoxos podem tornar-se compreensíveis dentro do enquadre daquilo a que os autores contemporâneos em psicologia se referem como "a revolução cognitiva em psicologia" (Dember, 1974; Mahoney, 1977; Weimer e Palermo, 1974). Embora a mudança em direcção ao estudo dos processos cognitivos possa ser encarada como uma continuação da extensa dialéctica entre a psicologia intrapsíquica e o situacionismo, ou dos mais amplos conflitos filosóficos entre o mentalismo e o fisicalismo, existem provas de que um novo paradigma científico pode estar surgindo.

O paradigma científico — (no sentido empregado por Kuhn, 1962) — que engloba o Modelo Cognitivo da Depressão compreende muito mais do que uma teoria e uma terapia. Ele inclui também um domínio anteriormente negligenciado (a organização cognitiva), uma tecnologia e ferramentas conceituais utilizadas para a obtenção de dados nesse domínio, um conjunto de princípios geralmente aceites para a construção da teoria e, finalmente, uma tecnologia especializada para recolher e avaliar as comprovações que apoiam a teoria. Como no caso de outros paradigmas, estabeleceram-se "normas de comprovação" para determinar que informações são admissíveis e como podem ser interpretadas de modo confiável. Além disso, visto estarmos lidando com a aplicação prática da teoria, o paradigma também se estende a um sistema de psicoterapia, com seu conjunto característico de normas para obtenção e interpretação de dados, além de um projecto de pesquisa desenvolvido para avaliar melhoras atribuíveis aos procedimentos terapêuticos.

O que há de revolucionário sobre o novo paradigma científico da depressão? Em primeiro lugar, ele se centra no paradigma pessoal do paciente (ver Capítulo 4, p. 71). Em segundo lugar, conceitua-se esse paradigma depressivo em termos de uma "revolução cognitiva". De modo característico, a organização cognitiva da pessoa deprimida sofreu uma revolução (ou talvez "circunvolução"), que produz uma reversão acentuada na maneira como o paciente constrói a realidade. Contrastando com a noção usual de revolução científica, geralmente encarada como representativa de progresso, a "revolução depressiva" constitui uma regressão.

Nosso novo paradigma científico da depressão afirma: O paradigma pessoal do paciente, quando está em estado depressivo, produz uma visão

34  
distorcida dele mesmo e de seu mundo. Sim ideias e crenças negativistas assemelham-se a uma representação verídica da realidade para ele, ainda que pareçam artificiais para outras pessoas e mesmo para ele próprio, quando não está deprimido. Suas observações e interpelações dos acontecimentos são moldadas por esse quadro conceitual - equivalente à descrição de paradigma científico de Kuhn. As alterações grosseiras em sua organização cognitiva levam a um processamento incorrecto das informações, em consequência do que ele sofre de uma ampla variedade de sintomas dolorosos. Utilizamos nosso paradigma científico primeiramente para compreender e, em segundo lugar, para modificar o paradigma pessoal incorrecto, a fim de que ele não mais propicie observações e interpretações espúrias. Propomos, além disso, que, quando o paradigma pessoal do paciente é revertido e reajustado à realidade (numa espécie de "contra-revolução"), sua depressão começa a desaparecer.

O conceito de uma revolução cognitiva na depressão tem implicações para a pesquisa da psicopatologia (assim como da psicoterapia) dessa condição. Muito da pesquisa e estudos análogos da depressão "subclínica" presumiram uma continuidade dos estados normais aos patológicos. Se o estado clínico da depressão for qualitativamente diferente do estado de não-depressão, os pesquisadores poderão sentir necessidade de pôr de lado seus princípios de trabalho (ex.: teoria do condicionamento, processamento de informações), aplicáveis ao estudo dos indivíduos normais, e de adoptar um paradigma diferente para estudar a depressão. Essa alteração no tipo de teoria aplicável ao normal, em oposição à personalidade anormal, pode ser ilustrada no seguinte exemplo.

Uma das características primárias do paciente gravemente deprimido é sua relativa indiferença aos dados provenientes do meio circundante. Apesar do que esteja ocorrendo em torno dele, o paciente tende a perseverar sobre temas ligados à privação, falibilidade ou doença. Em termos metafóricos, a organização cognitiva torna-se relativamente autónoma e remói uma corrente contínua de ideias negativistas estereotipadas dos acontecimentos externos imediatos, mas, em sua maior parte, representam reverberações de uma ideação negativista repetitiva, divorciada da situação presente do meio circundante. Desse modo, formulações como o modelo da

interacção recíproca de Bandura não se aplicariam a tal estado psicopatológico. O "modelo cognitivo autónomo" poderia ser mais adequado ao desenvolvimento de hipóteses e ao delineamento de experimentos para estudar a pessoa psicologicamente perturbada.

## 35 PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO DA TERAPIA COGNITIVA DA DEPRESSÃO

1. O psicoterapeuta que trata de pacientes deprimidos deve ter uma sólida compreensão da síndrome clínica da depressão. A partir de sua educação e treinamento formais, ele precisa de instrução básica nas técnicas de entrevista necessárias para definir o "estado mental" do paciente e obter uma história adequada. Deve estar totalmente familiarizado com a miríade de manifestações clínicas da síndrome e com as vicissitudes do processo clínico e de seu resultado. Esses aspectos clínicos incluem o conhecimento acerca das remissões espontâneas, do índice de recidivas e do risco de suicídio.

Os terapeutas não devem ater-se a definições idiossincráticas da depressão, ditadas por alguma "escola" específica de psiquiatria ou psicologia, mas sim aderir às descrições amplamente aceitas das síndromes. Por exemplo, a descrição da sintomatologia, processo clínico e nosologia da depressão, expostas em *Depression, causes and treatment* (Beck, 1967), foram de um modo geral aceitas como definitivas por pesquisadores e clínicos, a despeito de suas próprias teorias sobre a natureza e etiologia da depressão. Desse modo, aquele texto (ou um texto equivalente) deveria ser utilizado pelo investigador ou terapeuta como uma estrutura básica para lidar com essa condição.

Acreditamos que a tendência de muitos psicoterapeutas a ignorar as categorias nosológicas tradicionais e a concentrar-se simplesmente nos problemas do paciente é limitadora e pode levar a consequências desastrosas. Embora simpatizemos com a filosofia do "tratar o paciente e não a doença", existem razões substanciais para separar as perturbações psicológicas em classes e, conseqüentemente, para empregar técnicas sensíveis para se chegar ao diagnóstico correio.

A depressão, por exemplo, tem várias características altamente diferenciadoras. Primeiramente, ela apresenta um conjunto específico de sintomas e comportamentos discrimináveis que a diferenciam de outras neuroses. Em segundo lugar, tende a seguir um curso peculiar. Uma depressão típica habitualmente começa de forma branda, atinge um pico de gravidade e, a seguir, geralmente declina em intensidade, até que sua característica de duração limitada e "remissões espontâneas" sejam repetidamente observadas pelos clínicos. A depressão tende a ser episódica, com períodos intercalados livres de sintomas. A natureza da duração limitada da depressão distingue essa síndrome de outras, como as fobias e as neuroses obsessivo-compulsivas, e mesmo da ansiedade crónica, que pode perdurar por toda a vida sem quaisquer

alterações significativas. Em terceiro lugar, em vista da complicação letal que é quase especificamente própria dessa síndrome, ou seja, o suicídio, o diagnóstico da depressão é particularmente

36

importante. Em quarto lugar, alguns tratamentos somáticos específicos foram empregados com sucesso na depressão. As drogas tricíclicas, por exemplo, têm emprego altamente selectivo nessa síndrome. O tratamento com eletrochoque muitas vezes produz resultados notáveis em casos seleccionados de depressão, embora tenda a piorar outras condições, como a neurose de ansiedade. Em quinto lugar, um conjunto de provas que se vem acumulando indica existir um tipo peculiar de distúrbio biológico na depressão, possivelmente relacionado a uma depleção de neurotransmissores. Em sexto lugar, há algumas provas de que certos tipos de doenças depressivas (ex.: depressões bipolares) têm um acentuado determinante hereditário. Em sétimo lugar, descobrimos, em nossas pesquisas, que o conteúdo específico das distorções cognitivas e as pressuposições subjacentes diferem dos encontrados em outros distúrbios. Finalmente, os tipos de factores precipitadores (quando se encontram presentes) podem divergir nas várias perturbações neuróticas. Os precipitadores da depressão giram em torno de uma perda real ou percebida; em outras síndromes, como a ansiedade, os factores desencadeantes específicos estão mais ligados à ameaça ou ao perigo.

Um resumo conciso da sintomatologia e do diagnóstico diferencial dos distúrbios depressivos pode ser consultado no Capítulo 17 (Terapia Cognitiva e Medicamentos Antidepressivos), nesta monografia. Antes de tomar uma decisão acerca da escolha do tratamento para um paciente depressivo, o clínico deve dominar o material constante daquele capítulo. De outra forma, poderá descobrir, para seu próprio desapontamento, que esteve tratando um maníaco-depressivo cíclico com uma abordagem exclusivamente psicológica, enquanto o paciente deveria estar sendo medicado com lítio. Do mesmo modo, o clínico deve ser sensível à presença de distúrbios afectivos graves e da depressão psicótica, para não correr o risco de recusar injudiciosamente a medicação antidepressiva eficaz. Além disso, precisa saber como e quando combinar a medicação antidepressiva com a terapia cognitiva.

Existe um risco de que o clínico inexperiente possa fixar sua atenção numa faceta da depressão e ignorar os numerosos componentes afectivos, motivacionais, cognitivos, comportamentais e psicológicos. Sabemos de várias ocasiões em que um terapeuta, cegado pela teoria, anunciou, com orgulho, modificações numa área, por exemplo, melhora nas relações inter-pessoais, nível de actividade aumentado ou uma aparente redução da tristeza. Poucos dias mais tarde, o paciente cometeu suicídio!

2. Uma vez que o suicídio é a complicação letal da depressão, o clínico precisa de habilidades específicas para o reconhecimento do paciente suicida e para a determinação do risco de suicídio. Mesmo um paciente com uma depressão branda pode suicidar-se; ademais, não são incomuns as tentativas de suicídio durante a

psicoterapia. O clínico precisa estar alerta para os indicadores de aumento do risco de suicídio durante o tratamen-

37

to, a fim de estar preparado a tomar decisões cruciais acerca de assuntos tais como notificar a família do paciente sobre o risco de suicídio, recomendar hospitalização, receitar precauções específicas no hospital etc.

Algumas instruções para a avaliação do risco de suicídio podem ser encontradas na monografia *The prediction of suicide* (Beck, Resnik e Lettieri, 1974) e também no artigo que descreva a Escala de Ideação Suicida (Beck, Kovacs e Weissman, no prelo). A intervenção psicológica rápida, especialmente quando o terapeuta é capaz de isolar e reverter o sentimento de abandono subjacente, é discutida com detalhes no Capítulo 10.

3. O candidato a terapeuta cognitivo deve ser, primeiramente, um bom psicoterapeuta. Deve possuir as características necessárias, tais como a capacidade de responder ao paciente numa atmosfera de relacionamento humano — com interesse, aceitação e simpatia. Não importa quão proficiente ele seja no emprego técnico de estratégias cognitivas, ficará seriamente obstruído em seu trabalho se não for dotado dessas características interpessoais essenciais.

Constatamos que terapeutas com formação e experiência distintas podem exercer com sucesso a terapia cognitiva. Terapeutas com prática em terapia psicodinâmica frequentemente mostram empatia, sensibilidade e habilidade ao lidar com as reações transferenciais. Terapeutas behavioristas, por outro lado, geralmente se mostram qualificados para empregar as técnicas terapêuticas específicas.

4. O terapeuta dotado de conhecimento, calor humano, empatia e aceitação não pode esperar atingir bons resultados na terapia cognitiva da depressão simplesmente com base no estudo dessa monografia. Ele precisará, além disso, satisfazer aos seguintes pré-requisitos:

a. Ter uma compreensão clara do modelo cognitivo da depressão, como se acha descrito em *Depression: causes and treatment* (Capítulos 15, 17 e 18) e no Capítulo 5 da *Cognitive therapy and the emotional disorders* (Beck, 1976).

b. Compreender a estrutura conceitual da terapia cognitiva, como está delineada no último volume citado anteriormente (Capítulos 2, 3, 4, 9, 10 e 12), bem como seu emprego especial no tratamento da depressão (Capítulo 11).

c. Ter formação específica num centro de terapia cognitiva. Isso deve incluir supervisão na terapia de pacientes deprimidos. A importância do treinamento intensivo, incluindo um período prolongado no Centro de Terapia Cognitiva. Descobrimos que, após um curso intensivo de três meses, incluindo a supervisão do tratamento de dois ou três pacientes deprimidos, menos que 25% dos estagiários (consistindo de psiquiatras e psicólogos) satisfizeram sequer aos critérios mínimos de competência em terapia cog-

nitiva. Os 25% continuaram com supervisão semanal de seus casos e, ao final de um ano, a maioria deles parecia ter alcançado um nível razoável de competência (ver Tabela de Verificação de Competência para Terapeutas Cognitivos, no Apêndice). Em geral, nossa experiência indica um período de seis meses a dois anos para o atingimento dos critérios de competência.

d. Fazer treinamento em seminários, grupos de estudo dirigido e instituições e utilização de "video-tapes" e transcrições comentadas. Esse treinamento também requer supervisão contínua de um instrutor qualificado, a intervalos semanais, até que sejam satisfeitos os critérios de competência.

## LIMITAÇÕES DA TERAPIA COGNITIVA

Vários estudos sistemáticos da terapia cognitiva no tratamento de depressão (ver Capítulo 18) apontam esta abordagem como promissora. Entretanto, é necessário um volume considerável de pesquisa adicional para corroborar as descobertas dos estudos iniciais e definir os limites de aplicabilidade do método, em termos dos tipos específicos de depressão (por exemplo, a presença de características "borderline") e de outras características do paciente (nível educacional, atitudes face à psicoterapia em oposição à quimioterapia, propensão mental à psicologia, "força egóica" e vários factores demográficos).

Devido ao fato de que se toma necessário um amplo conjunto de informações para que se possa definir o papel da terapia cognitiva no tratamento da depressão, esperamos que esta monografia venha a ser usada por aqueles investigadores que buscam levantar as questões mais sérias acerca do emprego e da utilidade da terapia cognitiva.

Os profissionais que empregam as estratégias delineadas neste manual devem ter em mente as seguintes advertências:

1. A não ser com o objectivo de pesquisa, a terapia deve restringir-se aos tipos de pacientes que, segundo confirmação dos estudos de pesquisa realizados, mostram-se receptivos a esta abordagem. (Os leitores devem examinar os relatórios originais de estudos controlados resumidos no Capítulo 18.) Tais estudos demonstraram a eficácia da terapia cognitiva no tratamento de estudantes universitários deprimidos, encaminhados a uma

clínica de higiene mental, a uma clínica comunitária de saúde mental, ou a um departamento universitário de pacientes psiquiátricos externos.

2. A eficácia desta terapia foi comprovada apenas com pacientes deprimidos externos unipolares e não-psicóticos. Assim, procedimentos padronizados de

tratamento devem ser empregados com depressivos graves ou bipolares, com pacientes altamente regredidos ou com pacientes de tendência suicida acentuada (por exemplo, hospitalização e terapias "somáticas"). Uma discussão sobre a combinação da terapia cognitiva com medicamentos antidepressivos pode ser encontrada no Capítulo 17.

3. A medicação antidepressiva teve sua eficácia comprovada por um grande número de estudos. Sendo assim, a terapia cognitiva deve ser reservada aos casos de pacientes deprimido» unipolares, para os quais o clínico considere essa abordagem preferível à medicação antidepressiva; (a) o paciente recusa a medicação com drogas; (b) prefere uma abordagem psicológica, na esperança de que a experiência de aprendizagem possa reduzir sua tendência à depressão; (c) sofre de efeitos colaterais intoleráveis com medicação antidepressiva, ou sofre de algum problema de saúde que torna contra-indicado o uso de medicamentos antidepressivos; (d) provou-se resistente a tentativas adequadas de tratamento com drogas antidepressivas.

## ARMADILHAS COMUNS NA APRENDIZAGEM DA TERAPIA COGNITIVA

No ensino da terapia cognitiva, pudemos observar alguns defeitos e erros comuns na abordagem terapêutica dos estagiários:

1. Desprezo pela Relação Terapêutica: o candidato a terapeuta frequentemente se enamora a tal ponto das técnicas, que esquece a importância do estabelecimento de uma boa relação terapêutica com o paciente. Os problemas interpessoais com o paciente representam uma das dificuldades mais comuns dos terapeutas, ao iniciarem sua aprendizagem da terapia cognitiva. O terapeuta jamais deve perder de vista o fato de que está empenhado, com outro ser humano, numa tarefa muito complexa. Deve ser particularmente sensível para o seguinte:

a. A importância da discussão e da expressão das relações emocionais do paciente (Capítulo 2).

b. O estilo de comunicação usual do paciente. O terapeuta deve adaptar seu próprio estilo pessoal para que se entrose com o do paciente. Felizmente, uma vez que a terapia cognitiva é activa, o terapeuta tem oportunidade de desenvolver um grande repertório de estilos. Às vezes, por exemplo, pode ter que ler extremamente ativo, enquanto, em outras vezes, relativamente contido; alguns

40  
pacientes exigem um volume considerável de instrução, enquanto outros requerem encorajamento para tomar a iniciativa.

c. A ruptura das operações adaptativas interpessoais do paciente como resultado da depressão. O terapeuta precisa reconhecer os enormes obstáculos à comunicação causados pela depressão: dificuldades de concentração, comunicação e formulação de problemas verbalmente, e de estabelecimento de relação afectiva. Alguns pacientes



deprimidos ficam praticamente mudos, precisando o terapeuta tomar a iniciativa de imaginar o que pode estar perturbando o paciente e obter deste um retorno apropriado de informações, para alterar ou aprofundar suas conjecturas. Outros pacientes podem experimentar uma pressão tão intensa no sentido de certificar-se de que são compreendidos, que o terapeuta deve manter-se relativamente passivo.

d. A hipersensibilidade do paciente quanto a qualquer acção ou afirmativa que possa ser interpretada como rejeição, indiferença ou desencorajamento. As reacções exageradas ou as interpretações erradas do paciente podem fornecer valiosos insights, mas o terapeuta deve estar alerta para sua ocorrência e preparar uma estrutura para a utilização construtiva dessas reacções distorcidas.

2. Exagerada submissão ao método, inconstância ou cautela excessiva. Os novos terapeutas tendem a descambar para uma das duas posturas terapêuticas opostas. Na ânsia de dominar os aspectos técnicos, repetem como papagaios seus modelos de papel ("Os Mestres"), ao invés de integrar a abordagem terapêutica a seu próprio estilo natural. Dessa forma, assemelham-se a robôs, activamente empenhados em proferir clichés ou empregar "truques" que os pacientes podem identificar rapidamente, a partir de sua própria leitura do material na terapia cognitiva. No outro extremo, o terapeuta pode esticar a elasticidade do modelo cognitivo, para "experimental" qualquer técnica específica que o atraía, sem nenhuma consideração quanto a sua adequação face aquele paciente específico, naquele momento particular. Tais terapeutas tendem também a saltar de uma técnica a outra, sem testar a eficácia ou as limitações de qualquer uma delas.

Por outro lado, o neófito pode mostrar-se excessivamente cauteloso, por temor de "fazer a coisa errada" e perturbar o paciente. Como consequência, pode recolher-se ao silêncio ou seguir mecanicamente o protocolo padronizado de tratamento. Felizmente, a estratégia global da terapia cognitiva fornece várias salvaguardas, tais como a obtenção de "feedback" do paciente quanto a seu entendimento das comunicações do terapeuta e quanto a quaisquer reacções contraproducentes que possa manifestar face à maneira de ser, técnicas ou sugestões do terapeuta (Capítulos 3 e 4).

41

3. Reduccionismo Excessivo ou Posicionamento Simplista. Muitos estagiários acreditam que a terapia cognitiva envolve apenas o levar pessoas a reconhecerem e corrigirem seu pensamento negativista. Muitas vezes, o terapeuta não está suficientemente instruído em termos do modelo cognitivo dos distúrbios emocionais, é difícil, senão impossível, conduzir uma terapia cognitiva com sucesso, na ausência de uma compreensão ampla da teoria à qual ela se relaciona.

Conquanto seja verdadeiro que o modelo cognitivo tenta reduzir um distúrbio extremamente complexo a um número finito de conceitos, cada paciente traz um padrão idiossincrático específico de psicopatologia. Ademais, não existe um formato-padrão que possa ser empregado sistematicamente com todos os pacientes para obter as informações cruciais e modificar os padrões idiossincráticos.

Visto que a abordagem do tratamento, nesta monografia, consiste em operacionalizar as técnicas e os princípios da terapia cognitiva, o terapeuta inexperiente pode tentar conduzir a terapia a partir de um "livro de receitas". O terapeuta precisa trilhar o caminho entre ser-excessivamente concreto e excessivamente abstrato; atomístico versus globalista. A terapia cognitiva é uma abordagem holística, mas é empregada numa sequência de passos distintos e rapidamente compreensíveis.

4. Didatismo Exagerado ou Interpretação Excessiva. O uso de perguntas é uma parte importante da terapia cognitiva. Pode ser fácil para o terapeuta mostrar que o paciente distorceu suas experiências, que existe um pensamento interveniente entre um fato e uma experiência emocional. Mas pode ocorrer muito pouco progresso. É importante que o terapeuta faça perguntas que rompam a lógica fechada do paciente, através do uso de uma abordagem indutiva.

Um benefício adicional desse procedimento indutivo é que o paciente pode exercitar esse comportamento auto-questionador mais tarde, quando estiver sem o terapeuta. Em outras palavras, ele "ouve" a voz do terapeuta fazendo perguntas do tipo "qual é a prova disso?", "qual é a coisa mais adaptativa que posso fazer agora?". Além disso, aprendendo a reconhecer e testar suas hipóteses, o paciente desenvolve um empirismo sadio que serve como uma salvaguarda contra a formação de conclusões irrealistas.

Um inconveniente paradoxal de o terapeuta pregar suas próprias teorias e dizer ao paciente o que supõe que este esteja pensando é que essa abordagem frequentemente produz resultados positivos. Em vista das características de solicitação dessa abordagem, o paciente "fornece" informações que apoiam as crenças do terapeuta, o que geralmente leva a uma falsa melhora. A longo prazo, entretanto, os ganhos geralmente se perdem e o paciente tende à recaída.

Em certas ocasiões, é essencial ao terapeuta assumir um papel educacional com o paciente, explicando-lhe algumas características da depressão

42  
e da terapia cognitiva. Contudo, o terapeuta deve estar atento para que suas explicações não sejam aceitas acriticamente pelo paciente, e assegurar-se de que sejam testadas por ele em ocasião posterior.

5. "Superficialidade" excessiva. É essencial que o neófito reconheça a importância de averiguar detalhadamente os significados. Embora a correção de pensamentos irrealistas automáticos seja um elemento importante no tratamento de um paciente, a totalidade do significado da experiência do paciente é crucial. Às vezes, os significados que as pessoas atribuem a uma situação podem não ser formulados completamente, mas sim ter que ser extraídos pelos terapeutas.

Por exemplo: Se um paciente recebe uma recusa a um manuscrito, seu pensamento automático pode ser "Falhei nisso. Foi um desperdício. Nunca mais vou escrever nada outra vez". Entretanto, se o terapeuta perguntar ao paciente, "O que

significa isso para você, em termos de seu futuro, você mesmo e suas experiências?", ele tenderá a conseguir material ainda mais significativo. O paciente poderia responder, "Significa que eu sou totalmente inadequado, que eu nunca vou ser capaz de fazer nada. Nunca vou progredir em minha carreira... Jamais serei feliz".

A confiar exclusivamente nos dados brutos imediatos dos pensamentos automáticos, o terapeuta perde o significado crucial, mas não expresso, ou seja, as consequências antecipadas pelo paciente em termos do resto de sua vida. Além disso, terapeuta e paciente devem explorar as pressuposições subjacentes e esses significados e consequências antecipadas. No caso citado, por exemplo, o paciente opera com suposições do tipo "Uma única falha é suficiente para prever fracassos contínuo" e "Nunca poderei ser feliz a menos que seja um escritor de sucesso".

Dentro das mesmas premissas, o terapeuta deve resguardar-se contra a aceitação de explicações fáceis e verificar a confiabilidade dos relatos do paciente sobre suas introspecções. O terapeuta pode adquirir confiança em sua compreensão da totalidade de uma experiência específica entrando no "mundo fenomenal" do paciente. Pode então descrever sua experiência vicária ao paciente e obter dele o feedback sobre a acuidade de suas percepções da experiência do paciente. A experiência participatória, um dos componentes da "empatia", é descrita mais pormenorizadamente no Capítulo 8.

6. Reacção Negativa a Pacientes Deprimidos. O terapeuta tem que ter em mente que trabalhar com pacientes deprimidos é tarefa muitas vezes difícil e tediosa, deve precaver-se contra as observações pejorativas sobre o comportamento do sujeito deprimido (Capítulo 4). Precisa aperceber-se de que a pessoa deprimida pode realmente acreditar que a terapia (em apenas uma possibilidade mínima de ajudá-la, que sua vida é realmente difícil e que o futuro não traz qualquer esperança. Os terapeutas novos podem frequentemente:

43

a. ser apanhados na crença do paciente de que sua vida é sem esperança e, assim, desistir do paciente e acreditar que ele não pode ser ajudado;

b. rotular o paciente como sendo resistente e fazer uma interpretação motivacional de seu comportamento (ao invés de explorar as bases do "oposicionismo", niilismo ou ceticismo do paciente, que geralmente se enraízam em suas suposições falhas). Pode então reagir ao cliente acreditando estar sendo manipulado por ele. Por outro lado, o terapeuta poderia encarar construtivamente o ceticismo do paciente como um estímulo contínuo para empregar o método indutivo ao "paradigma pessoal" do paciente (Capítulo 4).

Um dos melhores antídotos para as respostas contraproducentes às reacções autodepressivas do paciente à terapia é a tentativa de estabelecer com ele uma relação empática, como se descreveu na secção anterior. Pela entrada no mundo fenomenal do

paciente, o terapeuta pode compreender como as "resistências" dele são consequência inevitável de seu modo de construir a realidade.

7. Aceitação do "Insight Intelectual". O psicoterapeuta tem que acautelar-se para não ser iludido pelas afirmativas do paciente, no sentido de que este acredita nas formulações do terapeuta "intelectualmente", mas não "emocionalmente". Se a formulação do terapeuta estiver correcta, o paciente poderá gradualmente integrar essa ideia em seu sistema de crenças.

Quando um indivíduo tem uma crença importante, normalmente tem algum sentimento subjectivo sobre ela. Ele aprendeu a "confiar" nesse sentimento subjectivo de que a crença está correcta. (Evidentemente, esse sentimento é com frequência um sinal enganador e, assim, conduz a interpretações que produzem sérias dificuldades, desse modo, quando ele diz, "Acredito no que você afirma - intelectualmente falando", está simplesmente reconhecendo a possibilidade de que a afirmação do terapeuta esteja correcta, mas não lhe atribuiu grande valor de verdade. O "real" para ele é sua própria crença - e não as declarações ou pontificações do terapeuta.

Algumas recomendações quanto à abordagem terapêutica de questões relacionadas ao insight "intelectual" versus o "emocional" podem ser encontradas no capítulo sobre problemas técnicos (Capítulo 14).

## MAXIMIZANDO O IMPACTO DA TERAPIA COGNITIVA

Os princípios e técnicas gerais da terapia cognitiva serão explicados detalhadamente nos demais capítulos deste livro. Entretanto, convém a esta

44  
altura ressaltar alguns conceitos relevantes para o aumento da eficácia imediata e a longo prazo desta terapia.

1. Importância do Empreendimento Cooperativo com o Paciente. Quanto mais terapeuta e paciente trabalharem juntos, tanto maior será a experiência de aprendizagem para ambos. O esforço conjunto não apenas gera um espírito cooperativo, mas também um senso de exploração e descoberta. Esses factores aumentam a motivação e ajudam a superar os muitos obstáculos inerentes à psicoterapia.

2. O Valor de Capitalizar nas Variações e flutuações da Depressão do Paciente. Quando o paciente mostra uma melhora, o terapeuta deve encorajá-lo a apontar quais métodos (se os houve) contribuíram para a melhora. Exacerbações de sintomas ou recaídas devem ser antecipadas e "bem-vindas", com uma fonte valiosa de informação pura explorar os factores que levaram à intensificação da depressão e como uma oportunidade valiosa de o paciente praticar suas técnicas para lidar com esses problemas. Essa abordagem é representativa da filosofia geral de "transformar toda desvantagem numa vantagem". O terapeuta não deve entusiasmar-se demais com melhoras rápidas, que são frequentemente o resultado de "factores não específicos",

tais como a relação terapeuta-paciente e as expectativas do paciente. O terapeuta deve enfatizar a importância dos métodos de aprendizagem do paciente para reverter a depressão e não apenas melhorar passivamente. Embora atraente, o papel de Dr. Otimista é menos eficaz que o modelo da cooperação séria e objectiva na solução de problemas.

3. Ênfase Contínua na Auto-Exploração. A concentração na exploração do significado dos acontecimentos ao longo de todo o curso da terapia e particularmente após seu término deve ser encorajada. Mesmo acontecimentos como a perspectiva de término devem ser examinados e seus significados investigados com insistência.

4. "Aprendizagem Dependente do Estado" e a Cooperação de Outros Significativos. Observamos que os pacientes aprendem melhor a analisar e lidar com suas dificuldades quando seus problemas estão "fervendo". Assim, se eles realmente vivenciarem sentimentos depressivos e as cognições a eles associadas durante uma sessão terapêutica, poderão ser preparados para lidar com o estado problemático quando o terapeuta não estiver presente. Por essa razão, é às vezes aconselhável tentar "recriar" uma situação de imobilidade durante uma sessão de terapia. Além disso, as sessões podem ser marcadas para ocasiões em que a situação problemática (por exemplo, aumento da solidão) tem probabilidade de ocorrer, como fins de semana ou à noite. Algumas vezes podem ser necessárias entrevistas telefônicas para lidar com o problema quando activado. Mais que tentar encaixar o tratamento do paciente no "leito de Procusto" das sessões de tratamento arbitrariamente marcadas, o terapeuta ou assistente profissional poderá fazer uma visita domiciliar para ajudar o paciente a solucionar um proble-

45

ma (por exemplo, lidar com o trabalho caseiro ou fazer exercícios para a escola), o qual esteja especificamente relacionado uma situação particular. Constatamos, por exemplo, que as visitas profissionais dessa natureza frequentemente atingem resultados melhores do que as visitas ao consultório. Nossas descobertas a esse respeito parecem ajustar-se a conceitos actuais de "aprendizagem dependente do estado": o que uma pessoa aprende num estado específico tem mais probabilidade de se generalizar para aquele estado específico do que para outros estados. Assim, a melhor hora para um paciente aprender a lidar eficazmente com impulsos suicidas e quando se mostra activamente suicida.

Uma vez que as visitas domiciliares são frequentemente inconvenientes ou impossíveis de marcar, a cooperação activa de um membro da família ou amigo pode ser aconselhável. O "terapeuta auxiliar" pode ser treinado para implementar estratégias terapêuticas específicas na situação de casa.

capítulo 2

O PAPEL DAS EMOÇÕES NA TERAPIA COGNITIVA